THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

395

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Jean **MUTEL**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE

L'APPENDICITE

CHEZ

LES TUBERCULEUX PULMONAIRES

Président : M. DELBET, *professeur.*

PARIS

VIGOT FRERES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 23

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-TINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Pierre DELBET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Officier de la Légion d'Honneur

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Hommage de profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

M. le Professeur agrégé RIEFFEL (Trousseau, 1906-1907)

M. le Dr MOSNY (Saint-Antoine, 1907-1908)

Internat

M. le Dr ROUBINOVITCH

(Bicêtre, Internat provisoire, 1908-1909)

M. le Dr André RICHE

(Bicêtre, Internat provisoire, 1908-1909)

M. le Dr Paul RICHE (Bicêtre, 1909-1910)

M. le Professeur agrégé POTOCKI

(Maternité de la Pitié, 1909-1910)

M. le Professeur Pierre DELBET (Necker, 1910-1911)

M. le Professeur agrégé RIEFFEL

(Saint-Louis, 1911-1912)

M. le Professeur agrégé WALTHER (La Pitié, 1912)

A MM. les Drs Pierre DESCOMPS, HALLOPEAU,
Amédée BAUMGARTNER

(Chirurgiens des Hôpitaux de Paris)

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE TOULOUSE

M. le Professeur CESTAN (*in memoriam*)

M. le Dr DUPIN

(Chirurgien de l'Hôtel-Dieu)

M. le Professeur agrégé MÉRIEL

(Chirurgien de l'Hôtel-Dieu)

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DE L'APPENDICITE

CHEZ LES TUBERCULEUX PULMONAIRE

INTRODUCTION

La question que nous nous proposons de traiter ici eût été une des plus vastes qu'on puisse imaginer, si nous n'avions pas dû borner notre étude au diagnostic et au traitement de l'appendicite chez les tuberculeux. Quel champ plus grand et plus fertile en effet que l'étiologie et la pathogénie de l'association de ces deux maladies sur un même individu? Le temps malheureusement nous a fait défaut pour faire des recherches utiles dans ce sens et nous avons dû nous limiter à l'étude du diagnostic et du traitement de l'appendicite chez les tuberculeux, question qui entre dans une phase nouvelle si nous en jugeons par les diverses communications faites à ce sujet, le nombre des observations et la statistique des interventions, qui ont été publiées dans ces derniers temps.

Il n'est guère en effet de question plus importante que

celle-ci par la fréquence de ces deux maladies : tuberculose et appendicite peuplent les services de médecine et de chirurgie et on trouve à la source de toutes deux les mêmes causes occasionnelles : surmenage, excès, alimentation malsaine, etc... Quand on voit la fréquence de ces deux affections, on est frappé par la rareté, toute relative d'ailleurs, de leur association sur un même individu. C'est que souvent l'appendicite chez les tuberculeux revêt l'allure torpide de l'appendicite chronique, qu'elle passe souvent inaperçue, et peut entraîner ainsi des conséquences graves pour la vie du malade, alors que l'ablation de l'appendice leur permettrait de prendre sans danger une alimentation nécessaire à la guérison de leurs lésions pulmonaires.

C'est un sujet qui fut débattu en partie à la Société médicale des Hôpitaux le 9 février 1912 après une communication de M. Walther sur deux cas d'appendicite à forme thoracique. La discussion changea de terrain et se porta sur l'appendicite chez les tuberculeux et la manière de la traiter. La plupart des auteurs furent d'accord pour conseiller aux tuberculeux peu avancés l'intervention, qui les débarrasse de leur appendice et leur permet ainsi de se traiter comme leurs lésions pulmonaires l'exigent. C'est dans le but de vérifier les résultats de cette intervention et en particulier les résultats éloignés que M. Walther, notre maître, nous conseilla de rechercher l'état actuel de ses anciens malades et d'en réunir un certain nombre pour en faire le sujet de notre thèse.

Nous tenons à remercier ici notre maître de son

extrême obligeance et aussi de l'enseignement si précieux qu'il nous a fourni sur l'appendicite pendant les quelques mois passés dans son service.

Dans cette thèse nous n'avons l'intention de décrire ni les causes, ni l'anatomie pathologique, ni les diverses formes d'appendicite qu'on peut rencontrer chez les tuberculeux pulmonaires : cette étude a été faite par divers auteurs et les éléments réunis par Sainte-Marie Dodeuil dans sa thèse en 1906 sur les conseils de M. Walther ; notre effort portera surtout sur les indications opératoires et sur le résultat de cette intervention ; mais l'importance qu'il n'y a à ne pas opérer un tuberculeux sans indication formelle, nous a obligé de faire un chapitre assez long de diagnostic.

Qu'on nous pardonne la petite quantité d'observations personnelles avec résultat éloigné ! Il est bien difficile dans une clientèle d'hôpital de revoir des malades opérés deux ans, un an et même six mois après l'intervention. S'ils sont tout à fait guéris ils ne reviennent plus et on ne revoit en général que ceux guéris incomplètement ou qui souffrent de tout autre chose. D'autres viennent dans un service de chirurgie pour se faire opérer et vont ailleurs faire traiter leur tuberculose pulmonaire. Pressé par le temps, il nous a été impossible d'écrire aux anciens malades, mais c'est une chose que nous nous proposons de faire, ainsi que de réunir très attentivement les résultats de cette enquête dans une publication ultérieure.

HISTORIQUE

Si on limite la question à l'appendicite banale chez les tuberculeux, l'historique en est bien courte et ne dépasse guère les deux dernières années. Mais l'appendicite tuberculeuse chez des phtisiques entrant dans le cadre de notre étude, élargit beaucoup ce chapitre et fait remonter le début des recherches à des temps lointains.

Ce fut d'abord sur les cadavres qu'on s'aperçut des lésions de l'appendice au cours de la bacillose pulmonaire et de la fréquence de son atteinte. Corbin semble être le premier à avoir signalé ce fait ; puis vinrent les observations de Hallowel, de Simon, Favre, Dufour, Duguet, etc. Dès cette époque on cherche à diagnostiquer cliniquement l'appendicite tuberculeuse.

Puis vinrent les travaux anatomiques faits sur ce sujet par Spillmann, Biggs Girode, Letulle, etc.. travaux qui se poursuivent encore aujourd'hui, les relations de l'appendicite banale et de la tuberculose de l'appendice n'étant pas encore nettement définies.

Enfin les chirurgiens opérant des appendicites rencontrèrent parfois de la tuberculose appendiculaire ayant

donné le syndrome clinique d'une crise aiguë banale. Ils notèrent les bons résultats de quelques-unes de leurs interventions sans toutefois avoir le même nombre de guérisons que dans l'appendicite ordinaire. Sur ce sujet citons les travaux de Reclus, Hartmann, Monod, Lejars, la discussion de la Société de chirurgie en 1892, la thèse d'Aynes, les conclusions de Letulle, etc.

Mais dans tous ces travaux antérieurs, l'influence de l'appendicectomie sur la tuberculose pulmonaire est peu observée et ce sont surtout les résultats ultérieurs locaux qui attirent l'attention des chirurgiens.

Il faut arriver à la thèse de Sainte-Marie Dodeuil en 1906 pour trouver une préoccupation à ce sujet. Déjà cet élève de M. Walther avait entrevu la forme thoracique de l'appendicite et avait noté chez les malades les résultats remarquables de l'appendicectomie, sur les signes fonctionnels pulmonaires.

Cette question fut reprise plus tard par M. Faisans, qui en fit une remarquable description à la Société médicale des Hôpitaux le 27 janvier 1911 et amena la publication de nombreux cas par MM. Claisse, Walther ; M. Sergent décrivit les entérites prétuberculeuses, l'appendicite chronique conduisant souvent à la tuberculose. Citons aussi les observations de M. de Massary, de Brunon, etc. A mesure que nous avançons, nous trouvons dans la littérature médicale des cas de plus en plus nombreux et les auteurs commencent à se préoccuper des rapports, qu'il y a entre les formes pseudo-tuberculeuses et la tuberculose : certains arrivent à dire, comme M. Delagenière par exemple, que « ce sont déjà

des tuberculeux ou tout au moins des candidats à la tuberculose ».

Mais de l'appendicectomie chez les vrais tuberculeux, chez les bacillaires indubitables il y a bien peu de chose. Quelques auteurs avaient bien noté l'heureuse influence de l'ablation d'un appendice tuberculeux chez un bacillaire, mais les résultats parfois en étaient si mauvais que certains portaient un pronostic fâcheux quand ils tombaient sur une appendicite tuberculeuse.

Depuis, le débat s'est élargi et tout le monde admet que les bacillaires peuvent être atteints d'appendicite aigu ou chronique.

MM. Walther, Auvray commencent au Congrès de 1911 à en parler et à dire la nécessité d'enlever l'appendice à ces malades pour traiter convenablement les lésions pulmonaires.

Bialskur dans la *Gazeta Lekarska* en rapporte six observations tout à fait probantes, M. Mériel trois à la Société médicale de Toulouse.

Mais c'est surtout en 1912 que la question s'est nettement posée à la Société médicale des Hôpitaux par une discussion au sujet d'une communication de M. Walther sur deux cas d'appendicite à forme thoracique. MM. Emile Sergent, de Massary, Siredey furent d'accord avec M. Walther pour admettre la nécessité de rechercher avec soin l'appendicite chronique chez les tuberculeux, et d'enlever cet organe malade qui est cause d'intoxication et surtout de dénutrition par l'insuffisance du régime alimentaire qu'on leur fait suivre à cause de leur appendicite.

GÉNÉRALITÉS

L'appendicite cliniquement diagnosticable peut se rencontrer chez les tuberculeux pulmonaires comme chez tous les autres sujets. Nous ne parlons pas ici des sujets atteints de phtisie aiguë où les signes appendiculaires peuvent se rencontrer comme épiphénomène. Ils n'ont pas d'intérêt chirurgical, la gravité de leur état général et de leur état pulmonaire ne permettant pas d'intervenir contre l'appendicite. Au contraire, les tuberculeux pulmonaires chroniques qui sont atteints d'appendicite présentent, pour le chirurgien, un grand intérêt. Les rapports entre les deux affections, les résultats que l'on peut espérer d'une intervention opportune, les indications opératoires sont des points intéressants, souvent encore assez mal fixés dans l'esprit des médecins.

Quelle est la fréquence de l'appendicite chez les bacillaires? Il est difficile de s'en faire une idée exacte et les statistiques précises manquent ou sont peu instructives. Les tuberculeux sont en général des sujets jeunes et par conséquent ils se trouvent à l'âge habituel de l'atteinte appendiculaire. Mais ce qui serait intéressant

c'est de déterminer si l'imprégration bacillaire crée une prédisposition pour l'appendicite. Celle-ci peut se montrer à toutes les périodes de la phtisie pulmonaire, mais elle est surtout intéressante au cours de la première et seconde période. On a invoqué comme facteur de son apparition le régime suivi par les tuberculeux; dès que le diagnostic est posé, la plupart des médecins suralimentent les tuberculeux et l'alimentation carnée favorise sans doute l'infection intestinale. Les médicaments divers pris par le malade jouent peut-être aussi un rôle. Cependant la preuve de cette influence nocive n'est pas faite de façon irréfutable.

Aux autopsies des tuberculeux les lésions de l'appendice sont fréquentes, elles se rencontrent dans la moitié des cas environ, qu'il s'agisse de localisations bacillaires histologiquement spécifiques avec tubercules, cellules géantes et bacilles décelables, ou bien de réaction inflammatoire banale. Mais le plus souvent les lésions sont restées silencieuses à peu près complètement et la crise appendiculaire aiguë ou l'appendicite chronique à signes nets sont relativement rares.

Ce n'est pas là le seul côté de la question des rapports entre la tuberculose et l'appendicite. Si un traitement intempestif ou une suralimentation excessive peuvent être la cause d'une crise appendiculaire, il existe aussi des cas dans lesquels un sujet atteint d'appendicite chronique suit un régime alimentaire qui favorise le développement d'une tuberculose pulmonaire ou aggrave une bacillose déjà existante. M. Sergent a appelé l'attention sur ces faits. Les signes d'entérite muco-membraneuse

liée à l'appendicite chronique sont combattus par une hygiène alimentaire très sévère ou des médications dangereuses : tel le traitement par les ferments lactiques, facteur puissant de décalcification. La tuberculose latente peut ainsi trouver des conditions propices pour se développer.

Il faut tenir compte de ces « entéro-colites prétuberculeuses » dans l'étude de l'appendicite chez les tuberculeux. Les rapports de l'appendicite chronique et de la tuberculose ne se bornent donc pas à une simple question de diagnostic différentiel.

Quand l'appendicite proprement dite se manifeste, quelle en est la cause ? Il peut s'agir d'appendicite banale, folliculite de l'appendice dûe aux microbes aérobies ou anaérobies de l'intestin et les diverses formes aiguës ou chroniques peuvent se rencontrer. Mais il peut s'agir aussi d'appendicite tuberculeuse et l'on sait combien ce sujet a été discuté. La tuberculose de l'appendice est fréquente, coexistant avec de la tuberculose iléo-cœcale, de la péritonite localisée, des adénopathies, mais dans ces cas les signes sont autres. L'appendicite tuberculeuse vraie aiguë ou chronique est aujourd'hui admise de tous, et l'on peut dire, qu'avant l'opération, et même souvent avant l'examen histologique, on ne peut la diagnostiquer d'une façon certaine. On la soupçonne parfois justement en raison de la tuberculose pulmonaire dont le sujet est porteur. Mais un tuberculeux peut, et le cas est fréquent, avoir une appendicite banale. En somme la conduite à tenir se trouve être la même, que l'appendicite soit due au bacille de Koch ou à des

microbes d'infection banale. Le diagnostic ne pouvant se faire de façon précise, l'appendicectomie sera pratiquée dans les deux cas, et elle peut dans les deux cas donner un résultat également satisfaisant.

Dans la pathogénie de l'appendicite chez les tuberculeux, un point est à signaler, c'est la coexistence possible de tuberculose, d'appendicite et de ptose rénale. A la suite d'une ou de plusieurs grossesses, la paroi abdominale se relâche ; la pression abdominale ne maintient plus solidement les reins ; le rein droit en particulier poussé par le foie s'abaisse, ceci assez fréquent. Or, le rein mobile par la compression intestinale qu'il produit, par les adhérences qu'il crée est une cause tout à fait nette d'appendicite : on n'a qu'à voir la fréquence de ces deux affections sur une même malade. D'autre part, on sait combien les grossesses précoces ou multiples favorisent le développement de la tuberculose pulmonaire ou provoquent son aggravation, et le chirurgien pourra se trouver quelquefois devant ces cas complexes où l'origine des accidents est difficile à préciser. Les relations de la grossesse et de l'appendicite ne sont d'ailleurs pas rares.

Dans d'autres cas l'appendicite coexistera avec des troubles annexiels ; le voisinage des organes explique ces relations ; mais chez un sujet tuberculeux les annexites peuvent être spécifiques et la tuberculose utéro-annexielle est aujourd'hui bien connue ; la salpingo-ovarite droite détermine souvent une réaction appendiculaire soit banale, soit bacillaire.

On sait quelle importance le traumatisme peut avoir

pour localiser un foyer tuberculeux chez un sujet en état de septicémie bacillaire ; il est classique d'admettre cette pathogénie pour diverses tuberculoses osseuses ou articulaires. L'appendicite traumatique d'autre part, quoique rare, semble admise aujourd'hui, par certains, et l'on peut considérer comme vraisemblable que chez un bacillaire un traumatisme abdominal pourra localiser sur un appendice sain ou déjà en état d'inflammation latente une tuberculose donnant ou non lieu à des symptômes de crise appendiculaire ou d'appendicite chronique. Les observations nous manquent pour appuyer cette hypothèse qui paraît au moins vraisemblable.

Nous étudierons dans un chapitre de diagnostic les diverses formes cliniques que l'on peut rencontrer suivant le degré de la tuberculose pulmonaire, suivant la forme même de l'appendicite, qu'elle soit aiguë ou chronique, et l'influence réciproque des deux lésions. Nous verrons si l'on peut poser un diagnostic de nature et un pronostic, et quelles sont les indications opératoires. Le diagnostic est encore compliqué de ce fait que l'on connaît bien aujourd'hui, depuis les communications de M. Faisans, les cas d'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire chronique. Cette appendicite « à forme thoracique » est en dehors de notre étude, car il n'y a pas de tuberculose dans ces cas, mais on comprend combien, à cause même de la ressemblance intime entre les deux séries de faits, le diagnostic précis d'appendicite chez un tuberculeux sera difficile à poser. Les problèmes soulevés par ces diverses éventua-

lités cliniques sont extrêmement délicats et l'on sera quelquefois appelé à mettre en œuvre les procédés de laboratoire pour éclairer la question.

Il y a un grand intérêt dans cette étude car l'influence réciproque de la tuberculose pulmonaire chronique et de l'appendicite est très fâcheuse. Nous avons déjà soulevé la question de savoir si le régime donné habituellement aux tuberculeux ne pouvait pas intervenir dans la pathogénie de l'infection appendiculaire. Cela est douteux, mais probable. Ce qui semble bien plus certain c'est que chez un appendiculaire chronique confirmé, la coexistence de lésions bacillaires du poumon sera des plus fâcheuses, en faisant commettre quotidiennement des fautes de régime très dangereuses, pouvant conduire le malade à des troubles intestinaux très graves et à des complications multiples du côté de son appendice. L'appendicite empêchera de traiter comme il convient par le régime approprié le tuberculeux, et par conséquent sera un danger pour sa vie en permettant l'évolution de la lésion pulmonaire ; elle l'aggravera autrement encore, par l'atteinte de l'état général si habituelle dans l'appendicite chronique, l'intoxication, la dénutrition, les troubles nerveux et digestifs multiples.

Le service que peut rendre aux malades un traitement approprié est donc très grand et les indications opératoires devront être soigneusement précisées, tandis que la question du diagnostic fort intéressante et fort difficile aura dans certains cas un intérêt plus théorique que pratique. Ainsi dans les cas d'appendicite

chronique simulant la tuberculose, l'indication opératoire sera la même et l'appendicectomie sera le plus souvent le traitement de choix ; chez le faux tuberculeux l'ablation de l'appendice malade fera disparaître les signes thoraciques. Ainsi que le dit M. Walther : « chez le tuberculeux au début atteint d'appendicite chronique, le meilleur service que puisse lui rendre le chirurgien, c'est d'enlever l'appendice malade, de supprimer ainsi une cause puissante d'infection, d'intoxication ; c'est en somme de lui donner, dans la mesure du possible un intestin qui digère bien, pour le soutenir dans sa lutte contre la tuberculose. »

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'appendicite chez les tuberculeux est souvent assez facile ; les symptômes sont les mêmes que chez un sujet quelconque ; il n'y a pas de difficultés spéciales. Mais les formes de l'appendicite sont multiples, souvent peu nettes ; l'appendicite chronique surtout a donné lieu à bien des surprises ; elle peut simuler elle-même une tuberculose qui n'existe pas ; elle peut être marquée par l'importance de l'état pulmonaire. Ces diverses éventualités demandent à être étudiées successivement, et il importe d'arriver à poser un diagnostic précis, car les erreurs sont nombreuses et le préjudice porté aux malades peut être grand. Les erreurs de diagnostic entre l'appendicite et diverses lésions tuberculeuses sont assez fréquentes : un malade tuberculeux peut en effet présenter divers symptômes que l'on rattache à tort à l'appendicite ou vice versa : confusion avec une péritonite tuberculeuse localisée, avec une coxalgie ou un abcès pottique par exemple.

Nous diviserons ce chapitre en trois parties principales : dans une première partie nous étudierons le dia-

gnostic positif, c'est-à-dire les diverses formes cliniques d'appendicite qui peuvent se rencontrer chez des tuberculeux. Dans une seconde partie nous verrons avec quelles affections la confusion pourrait se faire et ce diagnostic différentiel est souvent épineux. Enfin dans une troisième partie nous nous demanderons si l'on peut faire un diagnostic de nature, prévoir l'état anatomique de l'appendice; et nous verrons alors si les recherches de laboratoire peuvent nous rendre quelques services.

I. — Diagnostic positif

L'aspect clinique de l'appendicite chez les tuberculeux est différent suivant qu'il s'agit d'un tuberculeux cavitaire avancé dont l'état général est mauvais et chez qui le diagnostic de tuberculose est facile à porter, ou suivant qu'on a affaire à phtisique au début où la tuberculose demande à être cherchée et ne présente pas de signes absolument évidents. Nous rappelons que nous n'étudions pas les cas de phtisie aiguë où des signes appendiculaires peuvent se présenter comme épiphénomène.

Premier cas. — Tuberculeux avérés.

Chez un tuberculeux avéré porteur d'une caverne pulmonaire ou d'un ramollissement non douteux d'un sommet pulmonaire on peut rencontrer la crise aiguë d'appendicite ou l'appendicite chronique.

A. — Appendicite aigue

La crise aiguë avec douleur violente, vomissements, défense musculaire, facies grippé est bien connue. Mais chez un cachectique elle peut être un peu différente : les réactions sont moindres, la diarrhée qui existait déjà n'est pas arrêtée, les signes abdominaux sont plus diffus ; la fièvre hectique subit peu de modifications. Cette crise aiguë peut avoir des évolutions différentes :

a) *Forme gangréneuse.* — L'état général est d'emblée très mauvais, le facies est terreux, le nez pincé. L'idée de péritonite se présente aisément à l'esprit. Mais nous verrons que la cause des accidents abdominaux peut à tort ne pas être rapportée à l'appendice.

b) *Forme avec abcès.* — L'évolution se fait vers la collection purulente périappendiculaire et la formation du plastron renseigne sur l'évolution des lésions. Il n'y a guère de différence avec une appendicite suppurée chez un sujet non tuberculeux. Cependant les signes de suppuration ne sont pas nets en raison de la fièvre et de l'état général mauvais préexistant. Une évolution torpide et l'absence de réaction ne mettent pas à l'abri d'une généralisation brusque de l'infection péritonéale, d'autant que les moyens de défense de l'organisme sont affaiblis chez le cachectique, et le pronostic doit être très réservé.

B. — Appendicite chronique

C'est ici que le tableau clinique est le plus vague, car le tuberculeux avancé présente un ensemble de symptômes généraux et de signes digestifs qui peut facilement masquer le processus de l'appendicite chronique. La douleur bien localisée au point de Mac Burney ou à son voisinage est à peu près le seul signe vraiment important et qui permet de poser un diagnostic précis.

Deuxième cas. — Tuberculose peu avancée.
L'appendicite chez les tuberculeux peu avancés, à la première période ou au début de la seconde est plus intéressante ; le diagnostic de tuberculose n'a souvent pas encore été porté et dans ce cas, diverses erreurs seront possibles ; il faut ici encore distinguer les formes aiguës et les formes chroniques.

A. — Appendicite aigue

Ici nous avons affaire à des malades en bon ou assez bon état général, chez qui les réactions sont normales et les diverses formes de l'appendicite aiguë, crise douloureuse simple, appendicite plastique, appendicite gangréneuse présenteront les symptômes ordinaires que nous ne rappellerons pas. Le diagnostic ne présentera pas dans ce cas de difficultés particulières.

Mais précisément en raison de cette allure d'appendicite ordinaire, la tuberculose pulmonaire dont le

sujet est porteur pourra passer inaperçue et cela pour son plus grand préjudice : l'intervention, surtout après anesthésie à l'éther, peut être suivie d'accidents graves ; d'autres part, le malade échappera après l'intervention à l'action thérapeutique indispensable à sa guérison.

Un examen très soigneux de tous les appareils est utile chez tout appendiculaire et en particulier un examen approfondi des poumons qui pourra déceler des signes évidents ou probables de tuberculose et dictera la conduite à tenir.

B. — Appendicite chronique

L'appendicite chronique chez le tuberculeux est peut-être la forme la plus intéressante ; elle est assez difficile à dépister ; mais si l'on y parvient, on peut par une thérapeutique appropriée rendre au patient un service considérable.

Certains malades présentent des troubles digestifs variés : inappétence, nausées ou vomissements alimentaires irréguliers, pesanteur stomacale après les repas, digestions pénibles, alternatives de diarrhée et de constipation, en somme un ensemble de troubles gastro-intestinaux peu caractéristiques que l'on désigne assez vaguement sous le nom de dyspepsie. L'amaigrissement et la fièvre vespérale légère, les sueurs font penser à la tuberculose et si on examine l'appareil respiratoire, on découvre à un des sommets pulmonaires, quelquefois aux deux, des signes de tuberculose au début. La res-

piration est rude, l'inspiration un peu saccadée ; la sonorité est diminuée, alors que les vibrations sont un peu accrues. Dans des cas plus avancés on trouve des craquements caractéristiques. Le diagnostic de phtisie pulmonaire à la première période est alors porté, et les troubles digestifs sont mis sur le compte de cette tuberculose, ainsi que l'amaigrissement.

Si l'on ne recherche pas systématiquement les signes d'appendicite chronique qui sont peu apparents, ils passent inaperçus. Mais si l'on interroge avec soin le malade on apprend qu'il a de temps en temps des douleurs vagues dans le flanc droit, que ses troubles digestifs durent depuis longtemps et sont un peu trop grands pour des lésions pulmonaires souvent assez discrètes. L'exploration de l'abdomen pratiquée avec soin et à plusieurs reprises montre alors l'existence d'une douleur provoquée au point de Mac Burney par la pression profonde ou la décompression brusque ; quelquefois on peut trouver le signe de Rovsing. Il s'agit dans ces cas d'appendicite chronique chez un tuberculeux, et ce diagnostic est particulièrement important à poser ; s'il n'est pas fait le malade traité comme un tuberculeux banal voit son état dyspeptique s'aggraver et il s'ensuit une dénutrition, un amaigrissement et une perte des forces qui favorisent au plus haut point l'aggravation de la tuberculose. Si au contraire l'appendicite est reconnue, l'intervention débarrasse le malade d'une source permanente d'infection et d'intoxication, lui rend un bon intestin et lui permet de lutter avec succès contre l'envahissement du bacille de Koch.

Dans d'autres cas qui ne sont pas rares en clinique comme l'ont montré les discussions récentes à la *Société médicale des Hôpitaux*, la situation se présente difficilement. Le malade est surtout un abdominal, un appendiculaire chronique facile à reconnaître, ou encore il présente ces signes d'entérocolite mucomenbraneuse tenace qui sont si souvent sous la dépendance de l'inflammation chronique de l'appendice. Alors pour lutter contre cet état gastro-intestinal sont institués des régimes sévères ; quelquefois même des traitements dangereux, comprenant des substances qui favorisent la décalcification, et le malade, prédisposé héréditaire à la tuberculose, déjà tuberculeux latent, voit évoluer une tuberculose pulmonaire souvent à marche rapide. Les cas où la tuberculose succède à l'appendicite ne rentrent pas dans le cadre de notre étude, mais les limites sont mal fixées entre ces cas et ceux où la germination tuberculeuse a précédé les signes appendiculaires.

Il nous faudrait enfin envisager les cas où chez un tuberculeux plus ou moins net évolue une appendicite tuberculeuse ; mais nous retrouverons ces faits un peu plus loin et nous verrons combien il est en somme difficile de savoir avant de l'avoir enlevé et examiné si l'appendice qui réagissait de façon aiguë ou chronique était lésé d'une façon spécifique ou par un microbe d'infection banale.

II. — Diagnostic différentiel

Nous avons distingué dans les formes cliniques les cas ou l'appendicite aiguë ou chronique se manifestait d'une part chez des tuberculeux avancés plus ou moins cachectiques, d'autre part chez des tuberculeux peu avancés. La même division est de mise pour le diagnostic différentiel.

Première cas. — Tuberculeux avancés.

En cas d'*appendicite aiguë*, le diagnostic ne présente guère de difficultés ; en raison du terrain peu résistant, la forme gangréneuse est à craindre et la gravité de l'état général plus que les signes locaux aidera au diagnostic. Mais si les signes sont un peu vagues il ne faudra pas confondre avec les diverses douleurs abdominales brusques, les coliqués vésiculaire, néphrétique, hépatique. Chez un tuberculeux présentant de l'entérite avec diarrhée noire de long cours, on pourra craindre une perforation intestinale au niveau d'une ulcération, mais cet accident est rare en raison des réactions plastiques qui se font du côté du péritoine et de la lenteur du processus ulcéreux.

Il faut aussi songer à certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë strictement localisée au péritoine iléocœcal (Moizard, Rousseau). Le diagnostic est extrêmement difficile ; il se fait surtout plus tard par l'apparition d'indurations plastiques et d'un peu d'ascite. Cette forme est d'ailleurs extrêmement rare. Nous retrouve-

rons plus loin le diagnostic avec la tuberculose péritonéale à forme chronique beaucoup plus fréquente.

L'*appendicite chronique* chez les tuberculeux avancés ne présente qu'un intérêt pratique relatif; on ne peut guère intervenir utilement dans ces cas. Les signes sont d'ailleurs assez frustes, perdus dans le tableau général de la phtisie pulmonaire. Les troubles digestifs en particulier sont mis sur le compte du mauvais état général et de la dyspepsie si fréquente chez les tuberculeux. La douleur au point de Mac Burney doit être rapportée à l'atteinte de l'appendice et différenciée d'une douleur salpingienne ou ovarienne, d'une douleur par ulcération ou péritonite. L'erreur inverse est aussi à éviter qui consisterait à rapporter à une appendicite chronique à poussées subaiguës les douleurs à type de syndrome de König que l'on peut trouver dans la tuberculose intestinale.

Deuxième cas. — Tuberculeux peu avancés.

Ici les éventualités sont plus variées et le diagnostic est parfois extrêmement difficile, soit que l'on méconnaisse la tuberculose, soit au contraire que l'on croie à une tuberculose qui n'existe pas, en raison des troubles de l'état général dus à l'appendicite.

A. — Formes aiguës et Subaiguës.

L'appendicite aiguë chez les tuberculeux peu avancés n'offre guère de difficultés diagnostiques particulières. Cependant il est quelques erreurs qu'il faut connaître pour les éviter.

On peut d'abord diagnostiquer l'appendicite et méconnaître la tuberculose pulmonaire ; nous avons déjà insisté sur la nécessité d'examiner les poumons, nous n'y reviendrons pas.

On peut aussi, et c'est plus intéressant pour le diagnostic, connaissant l'état pulmonaire du malade ne pas reconnaître l'appendicite. On doit éviter de confondre celle-ci avec les diverses affections douloureuses abdominales : c'est un diagnostic classique sur lequel nous n'avons pas à insister. Rappelons seulement deux éventualités déjà signalées, qui sont intéressantes par leur fréquence, la ptose rénale qui peut par ses douleurs brusques (étranglement rénal) être prise pour une appendicite et peut coexister fréquemment avec elle, et l'annexite tuberculeuse ou banale dont la coexistence est également fréquente.

Chez l'enfant il nous faut signaler une erreur possible peu connue et que nous avons vu commettre. Un enfant présente un point de côté abdominal, des vomissements, de la fièvre, un état saburral des voies digestives, et l'on hésite entre une appendicite et une pneumonie. A l'examen du poumon on trouve une submatité d'un sommet avec respiration diminuée, quelques petits râles inconstants. Si l'on n'a pas de commémoratifs précis, on fera facilement le diagnostic de tuberculose pulmonaire et d'appendicite aiguë, alors qu'il s'agit simplement de pneumonie du sommet à point de côté abdominal. Cette erreur peut même se prolonger assez longtemps, car la pneumonie du sommet peut durer bien au-delà des neuf jours habituels de la pneumonie et les signes pulmonaires

peuvent persister longtemps après la défervescence. On évitera cette erreur, — si l'on y pense, — en recherchant avec soins les commémoratifs et le mode de début, en discutant la valeur des signes stéthoscopiques et en se souvenant que la tuberculose n'a chez l'enfant aucune prédisposition particulière pour le sommet.

A côté des diverses affections non tuberculeuses qui peuvent être confondues avec l'appendicite chez des tuberculeux, il faut signaler une autre série de diagnostics différentiels plus spéciaux au point de vue qui nous occupe. Ce sont les cas où en raison de l'état pulmonaire on rapporte à une bacillose locale des accidents dus à une appendicite. On a publié plusieurs observations d'appendicites chez des bacillaires prises pour des coxalgies et traitées comme telles; — on a pris pour un abcès pottique une périappendicite suppurée ; — on a cru dans le même cas à une tuberculose à forme entéro-péritonéale subaiguë localisée au cœcum. Il faut connaître ces diverses causes d'erreur qui peuvent être difficiles à éviter dans certains cas.

B. — Formes chroniques.

L'appendicite chronique chez le tuberculeux peut être d'un diagnostic particulièrement délicat et plusieur cas peuvent se présenter.

1° Occupons-nous d'abord d'un diagnostic tout à fait intéressant et qui est d'actualité après les diverses communications qui ont suivi le mémoire fondamental

de M. Faisans à la Société médical des hôpitaux de janvier 1911.

M. Faisans décrit une *forme pseudo-tuberculeuse de l'appendicite chronique* particulièrement intéressante par les erreurs qu'elle peut causer. Rappelons brièvement sa description. Les symptômes principaux sont l'amaigrissement progressif, l'asthénie, les douleurs thoraciques, la fièvre vespérale, les sueurs nocturnes, la toux, des signes physiques pleuro-broncho-pulmonaires variables, et quelquefois une diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. Cet ensemble de symptômes fait songer invinciblement à la phtisie pulmonaire au début et pour découvrir l'appendicite chronique qui est en réalité responsable de ce tableau clinique, il faut soigneusement et systématiquement la chercher.

Mais il peut aussi s'agir d'une appendicite chroniqne chez un tuberculeux authentique au début, et seule l'analyse minutieuse des symptômes peut préciser ce diagnostic. Disons tout de suite que la simple inégalité du murmure vésiculaire aux sommets est sans valeur ; il est fréquent qu'un sommet, surtout le droit, respire moins que l'autre, et ce seul signe en l'absence de signes fournis par la percussion et la palpation ne doit pas être pris en considération. L'amaigrissement considérable et permanent est un bon signe d'appendicite chronique ; il se rencontre aussi dans la tuberculose, mais alors il s'accompagne bientôt de lésions pulmonaires aisément constatables : le défaut de proportion entre les deux symptômes est en faveur de

l'appendicite chronique qui par les troubles dyspeptiques qu'elle entraîne est la cause de cette perte de poids considérable et durable. La dyspepsie des tuberculeux d'ailleurs n'est souvent qu'une gastrite due à l'abus de médicaments : la toux émétisante et l'anorexie de tuberculeux sont bien différentes des troubles gastro-intestinaux accusés avec l'état sabunal des appendiculaires chroniques.

La fièvre vespérale est d'interprétation souvent délicate ; elle est une forte présomption de tuberculose, mais si elle dure très longtemps, des mois, sans que les signes de tuberculose deviennent apparents, on peut et on doit songer à une fièvre appendiculaire (Faisans). De même si les malades « sentent leur fièvre ».

Enfin l'étude des commémoratifs et l'exploration physique soigneuse aide beaucoup au diagnostic.

La toux mérite une mention spéciale ; M. Walther a particulièrement insisté sur la fréquence et l'importance de la « toux appendiculaire », toux fréquente, pénible, quinteuse, qui traduit soit de petites poussées de congestion pulmonaire d'origine intestinale soit une irritation réflexe du larynx. Cette toux, jointe aux divers signes d'amaigrissement, fièvre, sueurs, etc. ne suffit donc pas à créer une présomption bien forte en faveur de la bacillose.

En somme l'appendicite chronique peut exister chez des tuberculeux pulmonaires chroniques à signes nets, — ou bien donner lieu à elle seule à une forme pseudo-tuberculeuse. Ce diagnostic est assez délicat et ne peut

se faire que par une analyse serrée des différents symptômes.

Il faut rapprocher de ces faits les appendicites chroniques à forme asthmatique récemment décrites (Rocher qui constituent une autre classe d'appendicites chroniques à forme thoracique, — et il est possible qu'on trouve dans certains de ces cas, quand ils seront plus nombreux, des tuberculoses pulmonaires plus ou moins nettes conditionnant pour une part les manifestations asthmatiques.

Nous pouvons rapprocher aussi de la forme pseudo-tuberculeuse de Faisans l'observation présentée par M. Galliard à la Société médicale des Hôpitaux en 1904 et que nous rapportons d'autre part (observation XXV). C'est un cas de fièvre hectique avec troubles dyspeptiques qui guérit par l'appendicectonie.

2° Chez un tuberculeux pulmonaire au début, traité ou non comme tel, on peut observer des crises douloureuses sur le trajet du gros intestin avec selles glaireuses et membraneuses, un état spasmodique de l'intestin (corde colique) et ces divers symptômes font porter le diagnostic *d'entérocolite mucomembraneuse*. Avant d'accepter entièrement ce diagnostic ; qui conduira à instituer un régime peu favorable à un traitement de tuberculeux, il faut toujours rechercher les signes de l'appendicite chronique qui si souvent coexiste avec l'entérocolite quelles que soient d'ailleurs les relations qui unissent ces deux affections.

M. Sergent a très justement attiré l'attention sur ces faits, surtout quand la tuberculose est latente ou mécon-

nue, et montré comment ces « entérocolites prétuberculeuses » sont intéressantes à connaître.

3° Le diagnostic d'appendicite chronique peut aussi, chez un tuberculeux, être difficile à faire avec une tuberculose intestinale, surtout dans le cas d'appendicite à crises entéralgiques. Dans la tuberculose intestinale les caractères de la diarrhée (diarhée noire de long cours), la fréquence du sang dans les selles, la presence du bacille de Koch, l'ascite assez fréquente, les caractères de la crise douloureuse (syndrome de Kœnig) aideront au diagnostic.

La tuberculose intestinale localisée à la région iléocœcale n'est pas très rare ; elle peut être extrêmement difficile à différencier d'avec une appendicite chronique à forme néoplasique ; celle-ci est d'ailleurs peu fréquente et si on la rencontre chez un tuberculeux on a bien des chances d'avoir affaire à une tuberculose iléocœcale ou à une péritonite chronique localisée à cette région (formes entéro-péritonéales localisées de la tuberculose intestinale).

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de l'appendicite tuberculeuse ; dans ces cas de tuberculose iléocæcale l'appendice est pris, mais accessoirement et ces cas ne méritent pas le nom d'appendicite tuberculeuse. Dans ces grosses tumeurs péricœcales il faut aussi songer au cancer en se rappelant que l'appendicite tuberculeuse se transforme quelquefois en cancer.

4° Chez le tuberculeux qui présente des symptômes abdominaux pouvant faire penser à une appendicite chro-

nique il faudra faire un examen assez attentif pour ne pas commettre diverses erreurs dont nous avons déjà signalé quelques-unes. On ne croira pas à un début de coxalgie, à une salpingite chronique, à un rein mobile ; la coexistence de ces affections avec une appendicite peut quelquefois être reconnue.

Un abcès froid ossifluent de la fosse iliaque droite ne doit pas être pris pour une appendicite : ces abcès ne procèdent pas par poussées successives ; les phénomènes de réaction péritonéale et la fièvre font défaut en général ; en cherchant bien on trouve le point osseux d'origine (colonne vertébrale, articulation sacro-iliaque, crête iliaque).

III. — Les appendicites tuberculeuses

La question de l'appendicite tuberculeuse n'est pas simple et les cas qui peuvent se présenter sont multiples. On sait bien aujourd'hui qu'il existe des appendicites banales chez les tuberculeux, et des appendicites dues au bacille de Koch chez des sujets soit tuberculeux latents ou en apparence complètement sains.

La nature tuberculeuse d'une appendicite chez un sujet sain, indemne de toute tuberculose décelable est extrêmement difficile à affirmer. D'ailleurs chez de tels sujets ce que l'on rencontre ce n'est pas d'ordinaire une appendicite mais une tuberculose iléocœcale, qui peut être surtout périappendiculaire, et qui évolue vers la forme néoplasique ou la forme ulcéreuse et fistulisante.

Le fait même de l'existence d'une grosse tumeur iléo-cœcale qui n'a pas été précédée d'accidents aigus, de crise appendiculaire, de fièvre, de réaction péritonéale, est en faveur de la tuberculose, même chez un sujet sain. Il existe presque toujours en même temps un peu d'ascite. Mais il ne s'agit pas là de véritable appendicite tuberculeuse.

Les crises d'appendicite aiguë chez des tuberculeux avérés sont plus intéressantes ; il peut s'agir d'une appendicite banale, ou bien, comme nous l'avons déjà signalé, d'une péritonite tuberculeuse à début aigu localisée au péritoine périceœcal, ou enfin d'une véritable appendicite tuberculeuse, où le bacille de Koch joue le même rôle que les microbes intestinaux habituels dans la pathogénie de l'appendicite. On peut dire que dans ce dernier cas le diagnostic de nature est véritablement impossible ; il n'y a pas d'atteinte péritonéale et les signes que nous allons voir dans les autres formes n'existent pas. On ne peut connaître l'existence de ces faits que par l'examen systématique de tous les appendices enlevés, et alors la découverte de bacilles de Koch dans les coupes, et les formations spécifiques, follicules tuberculeux de la sous-muqueuse et cellules géantes, permettent seules d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion. Ces faits n'ont d'ailleurs qu'un intérêt dogmatique pour montrer la variabilité des réactions produites par le bacille de Koch, car l'évolution est la même que celle d'une appendicite aiguë banale et l'opération donne des résultats satisfaisants. Il est possible et vraisemblable d'ailleurs qu'en l'absence d'intervention la

tuberculose prendrait ensuite une évolution froide et que l'on verrait se constituer une véritable tuberculose appendiculaire et périappendiculaire analogue aux autres formes chroniques.

Dans quelques cas, chez des tuberculeux avérés, l'apparition de signes d'appendicite aiguë a fait croire à une appendicite vraie ; mais à l'opération on a trouvé une éruption de granulations miliaires sur le péritoine de l'appendice et du cœcum. Ces péritonites tuberculeuses aiguës localisées, sans appendicite, paraissent présenter des difficultés insurmontables de diagnostic.

L'appendicite chronique est quelquefois tuberculeuse ; quelques auteurs (Letulle) vont même jusqu'à prétendre qu'une appendicite chronique d'emblée est probablement de nature tuberculeuse ; ce qui est certain c'est que l'examen histologique révèle assez souvent des lésions spécifiques. Est-il possible de diagnostiquer la nature bacillaire dans ce cas ? Si le péritoine n'est pas touché, si la tuberculose est purement appendiculaire, on ne peut, sauf coexistence d'une entérite tuberculeuse typique, avoir que des présomptions sans valeur. Mais le plus souvent il existe en même temps une tuberculisation plus ou moins marquée du péritoine et alors quelques nuances cliniques permettent de porter un diagnostic probable.

Si des crises aiguës coupent l'évolution de l'appendicite chronique, ce qui est assez fréquent, car l'appendicite tuberculeuse évolue assez souvent comme une appendicite à rechutes (Jalaguier) après refroidissement de la poussée aiguë, le ventre reste ballonné d'une façon

prolongée et ce « gros ventre persistant » présente pour M. Lejars une grande valeur de présomption pour la bacillose. Presque toujours en même temps il existe un peu d'ascite perceptible par l'exploration de l'abdomen, et que l'on trouve à l'incision de la paroi.

Si l'évolution a été constamment chronique, c'est encore l'ascite qui sera le grand symptôme révélateur de la nature tuberculeuse de la maladie, même si elle est peu abondante, pourvu qu'elle soit durable. Dans plusieurs observations, on remarque qu'à la palpation un cordonnet dur et tendu gros comme le doigt a été perçu ; c'était sans doute l'appendice volumineux adhérent à la paroi par son extrémité.

Dans ces formes chroniques, s'il s'agit d'appendicite tuberculeuse, on a souvent affaire à la forme néoplasique; celle-ci n'est pas pathognomonique et peut se rencontrer dans une appendicite chronique non spécifique; mais la coexistence de cette forme avec des lésions nettes de tuberculose pulmonaire crée une forte suspicion de tuberculose iléocœcale.

Enfin quelques cas ont été rencontrés d'appendicite banale dans un foyer de péritonite tuberculeuse. Ici la confusion est toujours faite par le clinicien et ce n'est qu'à l'examen microscopique de la pièce que l'on se rend compte de la distribution des lésions de nature différente.

En somme le diagnostic d'appendicite tuberculeuse peut rarement être porté d'une façon ferme, et les moyens de laboratoire ne peuvent pas fournir beaucoup de lumière : ils peuvent servir à dépister la tuberculose

pulmonaire (examen des crachats, réaction à la tuberculine, séro-diagnostic, etc.), mais ne peuvent guère donner de renseignements intéressants ni sur l'existence d'une appendicite, ni sur la nature de celle-ci. Chez un tuberculeux présentant des signes d'appendicite, on pensera toujours à la possibilité d'une appendicite tuberculeuse, et on la considérera comme probable si l'on constate un sympanisme abdominal persistant et de l'ascite, signes indirects qui traduisent surtout l'atteinte plus ou moins importante de la séreuse péritonéale.

PRONOSTIC

1° **Sans aucun traitement.**— Peut-on prévoir le sort d'un malade tuberculeux atteint d'appendicite et qui ne suit aucun traitement?

Question difficile à résoudre, puisque les malades que nous voyons viennent nous trouver pour l'une ou l'autre de leur maladie et que nous les traitons au moins pour l'une des deux. De plus deux affections auront une évolution variable avec chaque individu, parcequ'elle se développent sur autant de terrains différents qu'il y a de personnes.

Il est donc permis de ne faire que des suppositions ou de se baser seulement sur les autopsies pratiquées sur des individus morts d'une complication ou d'une autre maladie intercurrente.

Il est certain toutefois que quelques malades atteints de tuberculose pulmonaire et d'appendicite chronique peuvent arriver à un âge avancé, sans suivre aucun traitement, soit que leur bacillose se soit cicatrisée spontanément, soit qu'elle ait continué à évoluer d'une manière très lente. On a signalé la résolution dans des cas d'appendicite même tuberculeuse.

Cependant ces faits doivent être rares et il ne faudrait pas se baser sur ces vagues suppositions pour ne traiter ni la tuberculose, ni l'appendicite, dont les malades sont porteurs.

Voici en effet ce qui arrive le plus souvent : comme le disent MM. Emile Sergent, Walther, l'intoxication appendiculaire s'ajoute à l'intoxication tuberculeuse, ces malades dépérissent, maigrissent plus vite que tout autre tuberculeux, et arrivent d'autant plus rapidement à un état de cachexie avancée, qu'ils présentent, du fait de leur appendicite, des vomissements nombreux. L'appendicite a donc une influence tout à fait défavorable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, qui marche avec plus de rapidité chez ces malades que chez tout autre phtisique.

La tuberculose a-t-elle une influence sur l'appendicite ? Pour répondre à cette question il faudrait rassembler un nombre important d'observations et les comparer à un nombre semblable d'appendicites chez des individus sains. Or il est impossible de le faire, étant donné le très petit nombre d'observations de tuberculeux non traités. S'il ne nous est pas permis d'affirmer l'influence défavorable de la tuberculose sur l'appendicite, nous pouvons cependant dire que l'inflammation aiguë ou chronique de l'appendice produit au niveau de cet organe une vaso-dilatation considérable, entraînant une stase sanguine tout à fait favorable au développement du bacille tuberculeux en ce point. Et chez ses malades primitivement atteints d'une simple tuberculose pulmonaire chronique avec une appendicite chronique

banale, nous voyons se développer des lésions tuberculeuses sur l'appendice. C'est ce qui s'est produit sans doute dans les cas rapportés par Sainte-Marie Dodeuil où à côté des lésions d'appendicite banale, de folliculite simple ou hémorragique, on a trouvé des ulcérations tuberculeuses et des cellules géantes. Nous touchons ainsi à la pathogénie de l'appendicite, question très conroversée, que nous ne pouvons qu'effleurer.

Même lorsque l'appendicite est tuberculeuse d'emblée, la bacillose pulmonaire a une influence défavorable et ne peut qu'aggraver le pronostic. Car les deux localisations surajoutent leurs effets et il est certain que les toxines tuberculeuses sont bien plus redoutables que les toxines élaborées dans un appendice enflammé chroniquement. Donc chez un homme atteint d'appendicite tuberculeuse avec lésions pulmonaires, on porterait un pronostic plus mauvais que chez un autre ayant de l'appendicite chronique banale, si le diagnostic permettait de connaître à coup sûr la nature tuberculeuse de l'appendicite. D'ordinaire c'est un pronostic post-opératoire et nous verrons qu'on doit toujours être réservé sur les suites opératoires et sur les résultats lointains de l'appendicite tuberculeuse chez des phtisiques.

A côté de l'influence générale de ces deux affections sur un même organisme par les toxines déversées dans le sang, il est une classe de complications générales qu'on peut rencontrer plus souvent chez les appendiculaires atteints de tuberculose pulmonaire que chez les autres non bacillaires ; nous voulons parler de la généralisation tuberculeuse ou de la localisation sur d'autres organes du

bacille : la dépression, la mauvaise nutrition de ces individus favorise incontestablement l'extension des lésions tuberculeuses.

On peut donc voir éclore chez les malades de la granulie, même s'ils ne sont pas opérés : on a, en effet rapporté des cas de granulie post-opératoire, le traumatisme chirurgical provoquant une décharge de bacilles dans le sang. Mais il faut savoir que même sans opération cette granulie peut se produire.

La méningite tuberculeuse a été signalée et entraîne un pronostic fatal.

Moins graves sont les autres localisations de la tuberculose, parceque traitées elles sont curables : telles sont la tuberculose génitale, les adénites tuberculeuses inguinales ou cervicales, la tuberculose rénale, etc.

Enfin on a signalé comme complication générale, la phlébite, la parotidite, etc., occasionnées par le foyer appendiculaire.

Telles sont les principales complications générales qu'on peut observer chez les malades, mais ce ne sont pas les plus fréquentes ; bien plus souvent c'est localement au niveau de l'un ou de l'autre foyer qu'on peut voir se produire une complication qui vient assombrir un pronostic déjà bien mauvais.

Du côté des poumons, il peut se produire des poussées congestives autour des foyers déjà existants ; d'autres foyers peuvent naître et se développer rapidement ; de la tuberculose aigue, de la phtisie galopante peuvent éclore. Toutes les variétés en somme de la tuberculose thoracique on les rencontre de ces cas et on a observé

des pleurésies, des adenopathies trachéo-bronchiques etc... toutes ces manifestations se terminant en général par la mort qu'il y ait eu hemoptysie ou non.

Toutes les complications appendiculaires banales, se voient ici comme dans les appendicites sans tuberculose pulmonaire, et on a vu des abcès localisés à la fosse iliaque, des péritonites généralisées, des appendicites perforantes ou gangréneuses.

Mais souvent aussi on note des complications particulières et tenant à la nature bacillaire de l'appendicite, telle est l'ulcération complète de l'organe provoquant une péritonite soit généralisée soit localisée, mais cette péritonite localisée revêt quelquefois l'allure d'un abcès froid secondairement réchauffé, s'ouvre à l'extérieur et par cet orifice sortent du pus et des matières fécales, créant ainsi une fistule pyo-stercorale dont le pronostic chez les malades est très mauvais. Ce sont des lésions extrêmement longues à guérir et qui se propagent au cæcum, au péritoine créant ainsi une tuberculose iléo-cæcale, une péritonite tuberculeuse ; ces deux complications peuvent d'ailleurs se rencontrer sans qu'il y ait eu auparavant péritonite localisée à la fosse iliaque.

De nature bacillaire encore, on peut voir survenir une annexite droite par suite des rapports intimes qu'a parfois l'appendice avec ces organes ou de ses connexions si étroites avec le pédicule spermatique interne

De même il peut se produire une périnéphrite bacillaire, avec tuberculisation secondaire du rein droit, une épiploïte de même nature.

En définitive tous les organes de l'abdomen, mais

plus particulièrement le cæcum, l'épiploon, le péritoine, le rein et les annexes droites sont en danger de tuberculisation chez les phistiques porteur de lésions appendiculaires, que l'appendicite soit tuberculeuse ou non.

Il faut encore signaler comme complication possible chez ces tuberculeux pulmonaïres atteints d'appendicite une transformation cancéreuse de la partie du vermium chroniquement enflammé comme l'a vu plusieurs fois M. Letulle.

Par conséquent chez ces malades du fait de l'influence générale de ces deux affections, du fait de l'influence de l'une sur l'autre et enfin de l'éventualité de quelques complications toujours possibles, il est naturel de porter un pronostic réservé, s'il n'y a pas de traitement institué à temps.

Dans les éléments du pronostic il faut faire entrer pour une grande part encore l'état du sujet, son degré de cachexie, le nombre, le degré de ses lésions pulmonaires ; il faut tenir compte aussi de la forme de son appendicite aiguë ou chronique, comme dans toutes les autres variétés d'appendicite. Enfin si un diagnostic suffisamment précis de nature tuberculeuse de son appendicite peut être porté, il faudra faire entrer en ligne cette notion.

En résumé, une appendicite chez un tuberculeux, quelle qu'en soit sa variété, aggrave le pronostic de la bacillose pulmonaire, il est donc urgent de la traiter le plutôt possible pour augmenter les chances de guérison du malade.

2° **Méconnaissant l'une des deux affections on n'en traite qu'une seule.** — Il arrive parfois que l'on soigne le malade pour une seule de ses deux affections et le cas le plus fréquent est le suivant : Un individu tousse, expectore, a des lésions pulmonaires nettes et cependant il a aussi des douleurs abdominales, des pesanteurs épigastriques, quelques vomissements, qui n'attirent pas l'attention comme sa bacillose pulmonaire. On traite uniquement celle-ci par une alimentation riche en œufs, en viande, en aliments gras de toutes sortes. Alors qu'arrive-t-il ? C'est que ses douleurs augmentent, ses vomissements aussi, et s'il n'a pas une crise aiguë d'appendicite, s'il n'a pas une complication appendiculaire grave, il maigrit encore davantage par suite de la dénutrition, ses lésions tuberculeuses augmentent de ce fait et le malade n'a aucune chance de se sauver si une crise aiguë ne vient pas attirer l'attention du côté de son appendice : ici donc on pourrait presque dire que la crise aiguë a une action salutaire.

Dans d'autres cas au contraire on soigne le malade seulement pour une appendicite chronique. La tuberculose au début passant inaperçue et on met la toux légère du début sur le compte d'une légère bronchite. Ici la crise aiguë n'est plus à craindre, mais comme le dit M. Sergent, ces malades maigrissent « du fait des troubles d'entéro-colite muco-membraneuse dont l'appendicite n'est qu'une détermination locale. Ces troubles sont combattus par une hygiène alimentaire, le plus souvent trop sévère, par des modications parfois dangereuses quand elles sont prolongées trop longtemps,

tel le traitement *par les ferments lactiques*, facteur puissant de décalcification. A la faveur de ces deux ordres de causes la tuberculose latente chez le sujet se développe et si on n'y prend garde, la phtisie se déclare. »

D'où le précepte d'ausculter tous les malades atteints d'appendicite chronique et de rechercher avec le plus grand soin chez ces malades les signes de bacillose pulmonaire, d'où le précepte également de mettre les appendiculaires à l'abri de la contagion tuberculeuse, la dénutrition en faisant un terrain tout à fait bien préparé pour l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

TRAITEMENT

Bien que l'appendicectomie soit devenue une opération courante que les malades acceptent sans trop de difficultés, il est encore un certain nombre de personnes et surtout de parents quand il s'agit d'un enfant, qui refusent toute intervention de parti pris.

1° **Traitement médical.** — Chez ces malades, que faire ? Il serait pourtant urgent de les alimenter surtout si la tuberculose est à une période curable, et cependant le danger d'une perforation appendiculaire fait reculer le médecin devant une alimentation carnée, le régime ne pouvant être changé sous peine de voir reparaître des douleurs et des vomissements, et même une crise aiguë, il faut s'adresser à d'autres moyens thérapeutiques, avoir recours à la cure de repos, de grand air, à la méthode de Ferrier, aux injections de cocodylate de soude et essayer même la tuberculinothérapie, méthode encore à l'étude qui semble donner des résultats. Mais il faut savoir que ces malades, malgré le traitement ne sont pas à l'abri d'une perforation appendiculaire, et de plus qu'ils mettent leur organisme en

état d'infériorité manifeste vis-à-vis du bacille de Koch.

2° **Traitement chirurgical.** — Il y a donc tout intérêt à enlever l'appendice malade aux tuberculeux pulmonaires.

Mais faut-il opérer toutes les appendicites chez tous les tuberculeux ? Cette question ouvre le chapitre des indications et des contre-indications opératoires chez ces malades. Nous allons essayer de la résoudre en nous basant d'une part sur la forme de l'appendicite, d'autre part sur le degré de la bacillose pulmonaire.

A. — *Indications et contre-indications.* — En principe quelle que soit la variété de l'appendicite, elle doit toujours être opérée sauf si elle survient chez un tuberculeux cachectique et encore chez ces malades une appendicite perforante ou gangréneuse doit quand même être opérée, car le malheureux a encore quelque chance d'être sauvé par une intervention précoce ; sans elle c'est la mort.

Cependant en général les tuberculeux cavitaires, qu'ils aient une appendicite aiguë banale ou une appendicite chronique, s'ils sont dans un état cachectique avancé, avec maigreur extrême, œdème des jambes, quel bénéfice pourraient-ils retirer d'une opération qui les mettrait à l'abri d'une perforation appendiculaire, mais qui ne saurait en rien leur permettre de guérir leurs lésions pulmonaires trop avancées. D'ailleurs une intervention ne ferait qu'aggraver le pronostic de la tuberculose par le transport dans une salle d'opération, par les secousses pouvant déterminer une hémoptysie foudroyante, par l'anesthésie, par le traumatisme chirurgical créant

une congestion intense de la région iléo-cæcale et favorisant ainsi l'éclosion d'une tuberculose dans cette région.

Mais il est une variété de cavitaires qui pourraient cependant retirer quelques bénéfices de l'intervention. Ce sont ces tuberculeux dont l'état général est encore assez bon malgré le degré des lésions. Nous en avons observé en ce moment un beau cas dans le service de notre maître : les signes cliniques, la radioscopie ont montré une spédoncle au sommet gauche, elle est atteinte également d'une ptose rénale gauche et d'une rétroversion utérine, elle a eu il y a quelques jours une crise d'appendicite, pour laquelle elle fut envoyée dans le service. Opérée le 27 juin, d'une appendicectomie avec néphropexie, elle a supporté l'opération sans complication immédiate. Actuellement elle va bien et quand elle sortira du service, dans une quinzaine de jours, elle pourra, si sa fortune le permet, améliorer ses lésions en les traitant convenablement par un régime approprié, par une cure hygiénique, par une thérapeutique choisie et même par la méthode du Forlanini que nous ne craindrons pas de lui conseiller.

Cette variété des tuberculeux cavitaires mais avec bon état général est une transition entre ces malades qu'on ne doit opérer que dans des circonstances extrêmement rares et les tuberculeux du premier et du deuxième degré qui n'ont que des bénéfices à retirer de cette intervention. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point et sauf le Dr Sergent qui fit quelques réserves dans la discussion de la Société médicale des Hôpitaux, tous estiment

qu'il y a lieu d'opérer les tuberculeux porteurs d'une appendicite.

Même la fièvre hectique n'est pas une contre-indication à l'acte opératoire et l'observation du Dr Galliard en est la preuve. (Obs. XXV).

Il est bien évident toutefois que si le malade est porteur de nombreuses lésions tuberculeuses, soit viscérales, soit osseuses, l'abstention doit être la règle. Ici une intervention ne servirait à rien et même pourrait être néfaste.

B. *Moment de l'intervention.* — A quel moment intervenir ? au début de la crise, à chaud ou plus tard lorsque tous les phénomènes inflammatoires ont disparu ?

Chez ces malades mieux vaudrait, si on le pouvait, les débarasser de leurs appendice le plus tôt possible et si donc on a le bonheur de les observer dans les premières heures de leur crise, si on a sous la main tout le matériel nécessaire pour les opérer, il faut intervenir immédiatement. On supprime ainsi cette longue attente de un mois, un mois et demi pendant lequel le malade s'amaigrit, perd ses forces et les moyens de résister efficacement au bacilles de Koch.

Mais en général on n'observe ces malades que un jour ou douze heures après le début de la crise et il est trop tard alors pour faire une opération exempte de dangers. Il faut dans ces conditions mettre le malade au repos intestinal le plus complet jusqu'à ce que la défense musculaire ait disparu complètement et que la leucocytose soit revenue à son taux normal.

Il n'est indiqué d'intervenir vers le deuxième jour

que si l'état général est très mauvais, si le pouls est très rapide et petit, si la défense musculaire est considérable, si les vomissements persistent malgré l'application de glace. Tous ces signes sont symptomatiques d'une lésion grave de l'appendice, gangrène ou perforation.

C. — *Préparation du malade.* — La préparation du malade ne diffère en rien de la préparation des autres appendiculaires. Peut-être peut-on la veille de l'intervention appliquer des ventouses sur le thorax, donner une potion au chlorure de calcium pour prévenir les hémoptysies.

D. — *Choix de l'anesthésie.* — La question de l'anesthésie est plus importante chez les tuberculeux. A quelle variété d'anesthésie doit-on avoir recours : anesthésie générale, anesthésie locale ou rachi-anesthésie ?

A priori il semble que l'anesthésie générale chez ces malades soit contre-indiquée comme devant favoriser la congestion autour des foyers tuberculeux pulmonaires et Bialokur recommande l'anesthésie locale pour l'incision de la paroi et s'oppose énergiquement à l'emploi de l'anesthésie générale.

Nous ne pensons pas cependant qu'on doive rejeter sans considération l'anesthésie générale chez les tuberculeux. Il faut tenir compte que la plupart de ces malades sont des névropathes, qu'ils ont la sensibilité augmentée, que l'idée de l'intervention sans anesthésie générale est à beaucoup très pénible, et enfin il faut bien dire aussi que si les malades ne souffrent pas sur le moment, une heure ou deux après, la douleur est extrêmement vive et intolérable.

Au contraire une anesthésie au chloroforme après piqûre de scopolamine-morphine, ou après ingestion de chloral, offre bien peu de dangers du côté des poumons et elle donne un sommeil si calme, si tranquille jusqu'au soir, qu'on aurait tort de ne pas y avoir recours parfois.

L'anesthésie à l'éther est ici tout à fait contre-indiquée, l'éther provoquant de la congestion pulmonaire et amenant des hémoptysies. Nous en avons eu un beau cas dernièrement sous les yeux.

Quand on emploie l'anesthésie générale il est nécessaire de prendre quelques précautions; on aura soin d'envelopper les membres inférieurs d'ouate et d'en appliquer également sur le thorax, pour empêcher la déperdition de chaleur.

L'anesthésie générale ne sera contre-indiquée que dans des cas très rares, où le malade est atteint d'une affection cardiaque orificielle ou péricarditique (symphyse péricarditique assez fréquente chez les tuberculeux). Ou bien quand l'état général est trop mauvais, ou encore quand l'âge est trop avancé.

C'est alors qu'on aura recours soit à la rachianesthésie, soit à l'anesthésie locale à la cocaïne ou mieux à la stovaïne ou novocaïne-adrénaline, substances moins toxiques que la cocaïne.

E. — *Points particuliers de technique.* — Dans un chapitre précédent nous avons déjà dit que l'appendicite chez les tuberculeuses s'accompagne souvent de ptose rénale droite ou d'annexite. La technique opératoire varie avec chacun des cas qui s'offre au chirurgien :

la voie d'abord est différente, ainsi que le temps opératoire qui porte sur la deuxième lésion. Il faut en dire quelques mots et donner les grandes lignes de l'opération dans chacun de ces cas qui se présentent le plus souvent en pratique.

Nous n'insisterons pas sur l'appendicectomie simple, qui ne diffère en rien ici de cette intervention chez un malade non tuberculeux. Nous rappelons que pour l'aborder on a le choix entre plusieurs incisions, Jalaguier, Mac Burnay, Walther. Toutes sont bonnes, mais celle de notre maître (désinsertion des muscles sur le bord de la gaine) « a le gros avantage de conduire presque directement sur l'angle iléo-cæcal et de permettre une réparation parfaite et définitive de la paroi ».

C'est après l'ouverture du péritoine qu'on peut se rendre compte de l'état de l'appendice. C'est en effet alors seulement que la nature exacte de l'appendicite est diagnostiquée. S'il y a eu simple crise appendiculaire, on trouve un appendice turgescent, enflammé à son extrémité, entouré d'adhérences qu'il est en général facile de détruire; ces adhérences se poursuivent sur le cæcum. Dans les cas d'appendicite chronique, l'appendice est coudé ou entouré de membranes légères et finement vascularisées, le voile membraneux s'étendant jusque sur le cæcum. Il faut se souvenir cependant que ces lésions peuvent être tuberculeuses comme l'a démontré Sainte-Marie Dodeuil dans sa thèse, et l'examen histologique seul peut fixer sur la nature exacte de l'appendicite. Dans d'autres cas au contraire les lésions tuberculeuses sautent aux yeux, on trouve un appendice

augmenté de volume en un point, recouvert de granulations caséeuses, dont quelques-unes sont ulcérées. Souvent aussi en cas d'appendicite tuberculeuse on ne voit les lésions qu'à l'ouverture de cet organe et on aperçoit une ou plusieurs ulcérations bacillaires à côté de lésions banales d'appendicite.

L'appendice extériorisé est enlevé par le procédé ordinaire. Puis on fait l'examen de tous les autres organes de la région : le cæcum est examiné minutieusement et s'il a une longueur anormale, si le cul-de-sac cæcal est trop profond « on le réduit, on le supprime presque par plicature de la paroi au moyen d'une série de points passés de catgut. Si on trouve des lésions bacillaires sur le cæcum, on résèque cet organe au delà des lésions. Il faut encore « faire la toilette » du côlon ascendant, du côlon transverse, vérifier l'épiploon, en réséquer un segment si on trouve de l'épiploïte. Ces diverses opérations sont le complément de l'appendicectomie.

C'est seulement alors qu'on refermera la paroi abdominale sans drainer autant que possible. La fermeture de la paroi se fera en trois plans, mode de fermeture qui nous semble plus solide que la suture en un seul plan. Nous avons en effet vu pendant notre internat des éventrations succédant à ce dernier mode de suture, tandis que les cas d'éventration après suture en trois plans nous ont semblé beaucoup plus rares.

Ce n'est plus à la voie antérieure et latérale qu'on aura recours pour enlever l'appendice s'accompagnant de ptose rénale. Nous avons dit plus haut que ces deux

lésions coexistent fréquemment chez les femmes tuberculeuses, tuberculose et ptose résultant souvent toutes deux de la grossesse, tandis que l'appendicite se surajoute à elles ou est peut être en relation étroite avec la chute du rein. Quoiqu'il en soit, il est inutile et même dangereux pour la malade de faire deux opérations successives, de pratiquer un jour l'appendicectomie et quelques temps après la néphropexie. Il est d'autre part inutile et disgracieux de faire deux incisions à cette malade, l'une antérieure, l'autre lombaire. Il est donc bien préférable de faire la cure des deux affections en passant par la voie postérieure ou lombaire.

Pour cela on pratique une incision oblique en bas et en dehors dans cette région, incision banale de la néphropexie. Puis après avoir sectionné les plans musculo-aponévrotiques de la région, on attire le rein dans la plaie, on l'extériorise et on procède à sa décortication partielle et au passage des catguts à travers son parenchyme, si on emploie ce procédé de fixation. Dès lors on abandonne le rein pour s'occuper de l'appendice : on récline le rein en arrière et en dedans et attirant le péritoine dans la plaie, on ouvre le cul-de-sac péritonéal ; à travers cet orifice, avec une pince, on va à la recherche du cæcum et de l'appendice qu'il est facile la plupart du temps d'amener au dehors. On fait alors l'appendicectomie suivant le procédé ordinaire et on enfouit le cæcum s'il y a lieu ; on vérifie l'épiploon, puis on referme le péritoine avec un surjet : l'appendicectomie est terminée. Alors seulement on procède à la néphropexie et on ferme la plaie opératoire. Cette opération

est relativement facile et ne dure que quelques instants de plus qu'une néphropexie ordinaire.

Parfois cependant on a des surprises si l'étude des reins n'a pas été complète et n'a pas duré plusieurs jours : on peut rencontrer ainsi des lésions tuberculeuses au niveau du rein droit, mais ces erreurs sont aujourd'hui très rares, l'examen des reins devant accompagner et accompagnant toujours le diagnostic d'une appendicite.

Il est également très fréquent de rencontrer chez la femme tuberculeuse atteinte d'appendicite une annexite droite ou bilatérale que cette annexite soit fonction de l'appendicite ou de la tuberculose, ou que l'appendicite soit causée par l'annexite.

Ici comme précédemment on doit avoir recours à une incision qui permette l'ablation des deux organes malades : il faut donc passer par la voie médiane sous-ombilicale. Après ouverture de la paroi abdominale on va à la recherche de l'appendice : tantôt il est libre et on l'enlève avec facilité, tantôt au contraire il est adhérent à la trompe et dans ce cas, il faut très prudemment le décoller de ses adhérences, puis en faire l'ablation et terminer par l'hystérectomie subtotale ou totale.

Il existe bien d'autres lésions pouvant accompagner l'appendicite chez ces tuberculeux, mais nous ne pouvons, dans ce travail, envisager toutes les éventualités. Nous avons tenu à signaler seulement les principales interventions qu'on aura à pratiquer chez ces malades. On devra se rappeler que toutes les fois que ce sera possible, le devoir du chirurgien est de faire la cure de toutes les lésions que ces sujets peuvent présenter, en

se souvenant toutefois que de la brièveté de l'intervention et de l'asepsie rigoureuse dépendent chez cette variété de malade, les bons résultats opératoires.

F. *Suites opératoires.* — Les suites opératoires grâce à ces deux facteurs, en sont simples d'ordinaire. On peut observer des complications immédiates locales, telles que hématome de la paroi, suppuration. Mais c'est rare, et les complications sont surtout sous la dépendance de l'état général du sujet et de la nature tuberculeuse ou non des lésions qu'on a trouvé au niveau de l'appendice. Nous nous rappelons avoir vu dans un service, où nous sommes passés, deux cas d'appendicites tuberculeuses typiques avec granulations sur l'appendice ne faisant aucun doute sur la nature tuberculeuse; l'une d'elle a suppuré, l'autre a guéri par première intention, mais le premier malade était un tuberculeux avancé, avec un très mauvais état général, le second au contraire était un de ces tuberculeux florides, se défendant bien contre sa tuberculose. Il nous a été malheureusement impossible de retrouver ces observations. Ici comme dans la plupart des cas, le diagnostic de tuberculose appendiculaire ne fut fait qu'à l'opération.

Donc on peut préjuger du résultat opératoire immédiat, par l'état général du sujet, par les moyens de défense de son organisme. Il faut tenir compte aussi de l'asepsie rigoureuse, mais aujourd'hui celle-ci est tellement bien appliquée dans tous les services hospitaliers qu'il faut plutôt rechercher la cause des suppurations ailleurs que dans des fautes d'asepsie.

Parmi ces complications locales survenant après une

appendicectomie chez un tuberculeux, la plus fâcheuse est la fistule stercorale due le plus souvent à la nature tuberculeuse de l'appendicite ; elle dure des mois, peut cependant guérir toute seule, mais fréquemment aussi on sera obligé de la traiter soit par dissection de la fistule, soit par exclusion du cæcum. Elle entraîne un état de dénutrition qui est très mauvais pour le traitement de la tuberculose.

Des complications générales ont été également signalées, et parmi elles la plus grave est une infection tuberculeuse à distance et Bouilly, Monod, Jalaguier, Aynes, Bouglé signalent ces suites désastreuses. Lesueur cite un cas où la laparotomie déterminera une poussée de granulie, qui entraîna la mort rapidement. Nous-même en rapportons un cas (obs. VIII). M. Emile Sergent, à la Société médicale des Hôpitaux, faisait des réserves à ce sujet pour le traitement de l'appendicite chez les tuberculeux à cause de cette complication possible : « L'intervention chirurgicale peut dans certaines conditions, devenir l'occasion d'une poussée de tuberculose aiguë : j'en connais des exemples. Mais je m'empresse d'ajouter, dit cet auteur, que dans la majorité des cas, même si le diagnostic de la tuberculose pulmonaire concomitante est dûment établie, il y aura intérêt à enlever l'appendice malade ; cette mesure de sagesse et de prudence aura pour effet, non seulement de supprimer un foyer d'intoxication, mais de permettre l'abandon des régimes alimentaires dont la sévérité n'est pas compatible avec le traitement de la tuberculose. »

Nous pouvons signaler aussi quelques complications

pulmonaires, pneumonie ou broncho-pneumonie, complications qui se rencontrent chez les autres malades non tuberculeux, endormis à l'éther ou au chloroforme. Peut-être la respiration des vapeurs d'anesthésique favorise-t-elle la congestion autour d'un foyer de tuberculose, et peut-elle donner naissance à de petites hémoptysies, mais ceci est rare dans les anesthésies chloroformiques et ne se rencontre surtout que dans les cas d'anesthésie à l'éther. D'ailleurs si on redoute trop les complications pulmonaires il est facile d'avoir recours à l'anesthésie locale et nous avons vu pratiquer deux appendicectomies à la novocaïne-adrénaline, dans lesquelles la malade n'a ressenti aucune douleur pendant l'incision de la paroi, et n'a accusé une légère souffrance qu'au moment où l'opérateur a tiré légèrement sur l'appendice pour l'amener au dehors.

Ces complications immédiates, nous avons insisté beaucoup sur elles, et cependant elles sont très rares, si on prend toutes les précautions exigées par l'asepsie et l'antisepsie. Les hématomes de la paroi peuvent être évités si on a soin comme nous l'avons vu pratiquer par notre maître le professeur Pierre Delbet, de passer des crins profonds à distance de la plaie cutanée et traversant une partie des plans musculo-aponévrotique, crins, qu'on serre fortement sur quelques compresses appliquées sur la plaie cutanée suturée auparavant.

La seule complication grave est la granulie possible, mais les observations en sont rares si on considère le nombre des tuberculeux opérés.

La plupart du temps donc au bout de trois jours, pen-

dant lesquels on observe une légère élévation de température montant à 38° environ, tout revient à la normale, la température descend, le malade expectore une peu plus abondamment qu'avant l'opération, mais nulle complication pulmonaire ne survient si on a eu soin de le mettre à l'abri des courants d'air d'un refroidissement quelconque : il faut pour cela opérer dans une salle, où la température se maintient à 35° et appliquer sur le thorax une couche d'ouate épaisse, et des bottes ouatées autour des jambes. Pendant les jours qui suivent il sera utile également de couvrir la face postérieure de thorax de ventouses.

Après une purgation donnée le quatrième jour, la malade peut s'alimenter légèrement, et au huitième jour le régime alimentaire des tuberculeux peut être institué.

Dès lors aussi on pourra commencer le traitement de la tuberculose pulmonaire par les phosphates et l'arsenic. Ce n'est que plus tard lorsque le malade sera sur pied et pourra voyager qu'aura recours au traitement hygiènique, cure d'air, cure de repos, héliothérapie...etc. Alors seulement et même deux ou trois mois après cette intervention on aura le droit d'essayer du traitement actuel par la tuberculinothérapie ou la méthode de Forlanini, si besoin en est.

G. *Résultats.* — Les résultats de cette intervention devraient être envisagés à différentes phases, mais en réalité on peut ramener l'étude des résultats à deux époques seulement de la vie des malades : un ou deux mois après l'intervention, un ou deux ans après. Les pre-

miers, nous les appellerons résultats immédiats, les seconds résultats éloignés.

Les immédiats dépendent essentiellement de plusieurs causes et varient avec la nature de l'appendicite d'une part et avec le degré et la forme des lésions pulmonaires, de l'autre. Nous allons étudier tous ces cas.

a) La nature de l'appendicite a une grosse importance dans le pronostic post-opératoire, et le malade, opéré d'une appendicite banale, qui a échappé aux complications immédiates a les plus grandes chances de se voir amélioré ; mais il faut que ses lésions pulmonaires ne soient pas trop avancées.

Dans ces conditions voici ce que l'on observe : il accuse une sensation de bien-être remarquable, ne souffre plus de l'abdomen, n'a plus ces pesanteurs, ces tiraillements dans la fosse iliaque. Dans cette région on trouve à peine une légère sensibilité, sauf dans quelques rares cas où la douleur persiste au niveau du cæcum, moins violente qu'auparavant mais cependant assez vive pour faire craindre une localisation tuberculeuse sur le cæcum ; ces cas doivent être surveillés, suivis attentivement et le jour où l'on sent une masse, une induration dans cette région, avec des signes d'occlusion intestinale chronique on ne doit pas hésiter à ouvrir de nouveau pour faire la cure radicale de cette tuberculose cæcale.

Chez ces malades ce qui est remarquable aussi c'est l'amélioration de l'état général ; ils augmentent de poids, comme cela est noté dans plusieurs observations.

Quant aux lésions pulmonaires, elles sont ou station-

naires ou en voie d'amélioration, sauf les cas déjà signalés où une tuberculose aiguë se déclare.

Le résultat le plus étonnant que l'on observe après l'appendicectomie, c'est la diminution de la toux. M. Walther insiste très justement sur ce bienfait opératoire. Il a déjà montré par des observations que nous rapportons plus loin, la disparition totale de la toux chez les malades atteints d'appendicite à forme thoracique. Or, ces malades sont des prétuberculeux pour beaucoup d'auteurs, des candidats à la tuberculose sur le point de contracter cette maladie. Quoi d'étonnant que chez nos malades vraiment bacillaires il n'y ait pas une diminution notable de la toux après appendicectomie, puisque, à la toux d'origine pulmonaire, s'ajoutait la « toux appendiculaire », celle-ci ayant pour cause une irritation des nerfs abdominaux par l'inflammation de l'appendice. L'observation que M. Walther rapporte à la Société médicale des Hôpitaux, est typique, nous la reproduisons plus loin (observation II). C'est donc un bienfait pour les malades fatigués par une toux incessante que de l'atténuer ou même de la faire disparaître par l'appendicectomie en même temps que cette opération leur permet une alimentation plus riche, convenant mieux à leurs lésions.

Tous les tuberculeux pulmonaires opérés d'appendicite banale ne retirent pas toujours un bénéfice aussi considérable que celui que nous venons de décrire. Tout dépend chez eux de l'état de leurs poumons, du terrain sur lequel cette tuberculose évolue, et de la réaction de l'organisme. Il est certain que les tuberculeux

arrivés à la troisième période, s'ils échappent aux complications immédiates, présentent localement dans la fosse iliaque une diminution de la douleur et ont des digestions plus faciles, mais leur tuberculose est trop avancée pour qu'on puisse espérer une guérison. Cependant il en est quelques cas et chez les autres le chirurgien aura la satisfaction de penser qu'il aura procuré au malade une survie de quelques mois. Aujourd'hui peut-être avec la méthode de Forlanini arrivera-t-on à de meilleurs résultats.

En résumé les tuberculeux opérés d'appendicite banale ont les plus grandes chances de s'améliorer et même de se guérir de leur tuberculose pulmonaire, si les lésions ne sont pas trop avancées : le pronostic post-opératoire chez eux doit être basé sur l'état des poumons.

Un élément du mauvais pronostic c'est la nature tuberculeuse de l'appendicite : trouvaille bien fâcheuse pour le malade que celle d'un appendice tuberculeux chez un bacillaire !

Et le pronostic doit être d'autant plus réservé que le malade est plus amaigri, et qu'il a des lésions pulmonaires plus avancées. C'est dans ces cas surtout, comme celui que nous rapportons (Obs. X) et celui plus haut (page 60) que les résultats immédiats sont une généralisation tuberculeuse à l'intestin et au péritoine ou une fistule pyostercorale conduisant fatalement le malade vers la mort.

Au contraire s'il s'agit d'un de ces organismes luttant bien contre la tuberculose, si les lésions pulmonaires sont peu avancées le pronostic tout en restant réservé

est meilleur, le malade guérit, nous en avons plusieurs exemples.

b) Les résultats tardifs sont peut-être plus intéressants. Car ils nous rendent compte de l'influence de l'appendicectomie sur les tuberculoses pulmonaires chroniques, ou plutôt de la curabilité ou non curabilité des lésions tuberculeuses après l'abation d'un appendice malade.

Or il nous semble que d'après nos observations nous devons diviser les malades en deux catégories, ceux de classe aisée, et ceux qui ne peuvent se soigner longtemps. Chez les premiers la tuberculose est guérissable comme tout le monde sait, aux autres elle pardonne bien rarement.

Nous avons plusieurs cas (Obs. XXII) de malades guéris ou en bonne voie de guérison. Mais tous ces malades sont des gens qui pouvaient se reposer, vivre dans des lieux où l'air est pur, manger une nourriture fortifiante. Cette alimentation leur est à présent permise, ils peuvent manger de la viande, des œufs, en plus des purées, des pâtes alimentaires, etc. L'absence des douleurs abdominales, qui autrefois les torturaient et les empêchaient de se reposer, cette nourriture abondante, la cure de repos et de grand air transforment ces hommes et sous ces multiples influences les lésions rétrocèdent, guérissent, les signes strétoscopiques disparaissent. Gardant leur appendice, presque fatalement leurs lésions auraient évolué et les auraient emportés à plus ou moins longue échéance.

Au contraire dans l'autre catégorie de malades, nous voyons ces malheureux sortis de l'hôpital, reprendre

leur travail, vivre dans des taudis où l'air n'est pas renouvelé, manger des aliments bien insuffisants et aussi faire des excès de boisson. Dans ces conditions la tuberculose évolue vite. C'est ce que nous montrent quelques observations recueillies dans le service de notre maître. Actuellement nous avons examiné une malade (Observ. XVI) qui était atteinte de tuberculose lorsqu'elle fut opérée et dont la tuberculose a continué à évoluer. Mais cette malade a persisté à travailler, de plus elle fit des excès de toutes sortes et attrapa la syphilis et la blennorragie après être sortie de l'hôpital.

Cette observation n'est pas unique, c'est ce qui arrive le plus souvent dans la clientèle de l'hôpital : une fois opérés ces malades se croient guéris et ne se soignent plus. Aussi ne pouvons-nous pas nous baser sur ces observations pour conclure à la non-curabilité des lésions pulmonaires tuberculeuses après ablation d'un appendice malade.

En résumé voici ce que deviennent les tuberculeux à qui on a enlevé l'appendice malade :

Un petit nombre meurt de complications immédiates, dont la plus fréquente est la tuberculose aiguë.

D'autres survivent un peu plus longtemps mais la généralisation à l'intestin et au péritoine les emportent au bout de deux ou trois mois. Tout dépend ici, pensons nous, de l'état des lésions pulmonaires, du terrain sur lequel évolue la tuberculose et de la nature tuberculeuse de l'appendicite.

Le plus grand nombre guérit après appendicectomie, de leur appendicite banale ou bacillaire, mais conserve

des lésions pulmonaires, qui mettent d'autant plus longtemps à évoluer que la tuberculose est mieux soignée.

Un certain nombre guérit enfin les deux ordres de lésions, mais, cas fréquent chez les riches, il est exceptionnel chez les pauvres.

Nous n'avons pu donner une statistique exacte de ces résultats avec des chiffres à l'appui, n'ayant pas un nombre suffisant d'observations pour cela.

OBSERVATIONS

Nous diviserons les observations en trois catégories : voulant montrer l'influence de l'appendicectomie sur la toux, nous placerons d'abord dans la première les cas typiques de ces formes pseudo-tuberculeuses de M. Faisans, où l'appendicectomie a fait disparaître la toux. Dans la deuxième catégorie nous rangerons les observations que nous avons pu recueillir sur les appendicites tuberculeuses chez des tuberculeux pulmonaires avec résultats éloignés. Enfin dans la troisième, nous plaçons les cas les plus fréquents, les appendicites banales chez des tuberculeux avec résultats éloignés de l'appendicectomie.

I. Formes pseudo-tuberculeuses où l'intervention a fait disparaître complètement la toux.

Observation I

(Walther : *Société médicale des hôpitaux*, 31 mars 1911 et 9 février 1912.)

Jeune fille de 22 ans, de bonne santé habituelle, qui exerce dans mon service les très pénibles fonctions de panseuse à la salle d'opération. Elle commença au mois d'octobre dernier à

maigrir et à tousser. Elle ne s'en plaignit pas tout d'abord, mais au mois de janvier, la voyant très fatiguée, très amaigrie, avec le teint jaune, je l'examinai.

Elle me dit alors *qu'elle toussait constamment :* toux quinteuse; fatigante, sans expectoration, sans jamais d'hémoptysie. Elle avait constaté un amaigrissement de quinze livres en trois mois. Elle n'avait par ailleurs aucune douleur, ne souffrait jamais du ventre, n'accusait aucun trouble digestif, mais seulement une perte complète de l'appétit.

A l'examen du thorax je ne trouvai presque rien. Au sommet droit seulement, une respiration insuffisante avec une légère submatité, surtout en arrière, et un peu de retentissement de la voix. Ces troubles minimes ne suffisaient pas à explique. l'amaigrissement si rapide et la teinte subictérique des téguments

L'examen de l'abdomen me révéla l'existence d'une appendicite chronique très nette, caractérisée par une douleur vive à la pression, très localisée, avec défense musculaire marquée. C'est alors seulement que la malade m'avoua qu'elle avait eu il y a quatre ans une crise d'appendicite qui l'avait obligée à un repos de vingt jours au lit.

Je la mis au régime alimentaire très sévère des appendicites chroniques et, sous l'influence de ce régime, l'état général s'améliora, l'appétit se releva un peu, la teinte subictérique des téguments s'atténua sans disparaître complètement ; la toux diminua aussi, mais persista encore.

Mais ce n'était qu'une amélioration, et, après deux mois de régime, les signes locaux d'appendicite n'étant guère modifiés, je me décidai à une intervention qui fut pratiquée il y a seize jours, le 15 mars 1911. J'enlevai l'appendice (que je vous présente) qui était très profondément altéré avec deux larges zones

de folliculite hémorragique à la base et à la pointe, séparées par une bande de sclérose.

Depuis l'opération, la malade ne tousse plus du tout. La teinte subictérique a disparu. Les petits signes constatés au sommet droit n'ont subi aucune modification depuis le mois d'octobre ; et mon ami, M. Siredey, qui a eu l'obligeance d'ausculter cette jeune fille, me dit qu'il y a là un point douteux sur lequel l'examen radioscopique pourra nous éclairer.

Quoi qu'il en soit, quelles que puissent être les lésions du sommet droit, très légères en tout cas, l'observation clinique est très frappante par sa netteté : amaigrissement rapide avec toux incessante, sans aucun trouble, aucun symptôme pouvant attirer l'attention sur une affection intestinale. Révélation, par un examen méthodique complet, d'une appendicite chronique. Amélioration sous l'influence du régime. Après l'ablation de l'appendice, disparition complète de la toux.

9 février 1912. — M. Siredey a bien voulu ausculter à nouveau cette malade et a constaté qu'actuellement la respiration est normale. Vous pouvez vous rendre compte de l'état excellent de cette jeune fille qui supporte sans fatigue les très pénibles fonctions auxquelles elle est astreinte par sa profession.

Observation II

(Walther. *Société médicale des Hôpitaux*, 31 mars 1911 et 9 février 1912.)

Garçon de 14 ans qui m'est amené il y a une vingtaine de jours par sa mère, une de nos anciennes opérées. Elle venait me demander conseil pour une toux incessante, dont souffre depuis

longtemps son enfant, qui peu à peu et plus rapidement depuis un ou deux mois perd ses forces et maigrit beaucoup.

J'examinai ce jeune garçon et ne constatai rien à l'auscultation, seulement un peu de pharyngite chronique chez un adénoïdien, à qui l'on avait dû, il y a deux ou trois ans enlever les amygdales et des végétations du rhino-pharynx. J'interrogeai l'enfant et sa mère sur les troubles digestifs, les douleurs abdominales et je ne reçus que des réponses négatives : aucune douleur pendant la digestion; seulement depuis quelques temps une diminution notable de l'appétit et un amaigrissement rapide. Or à l'examen de l'abdomen, je constatai des signes évidents d'appendicite, une douleur très nette à l'angle iléo-cœcal et une défense musculaire très marquée. Je gardai l'enfant dans mon service et ce n'est qu'après des interrogatoires, répétés avec insistance, qu'il nous donna le renseignement d'une crise légère et passagère de douleur à la suite d'une petite indigestion de lait.

Ce jeune garçon fut opéré le 6 avril 1911. J'ai trouvé un côlon prolabé, l'épiploon sain; l'appendice, situé derrière le cæcum, était enroulé en spirale autour d'un méso falciforme étroit. Il était long de 14 centimètres environ, épaissi, se continuant avec le cæcum par une base en forme d'infundibulum. Il était très vascularisé, la paroi épaissie laissant transparaître, sous forme de taches noirâtres, des foyers de folliculite hémorragiques.

A l'ouverture de la cavité de l'appendice on constate en effet que la muqueuse est très altérée sur toute la hauteur et semée de placards de folliculite hémorragique, qui deviennent confluents dans son tiers terminal.

Les suites opératoires furent très simples, mais je gardai mon

opéré pendant dix-huit jours à l'hôpital pour surveiller de près les résultats de l'intervention; la toux diminua très rapidement de fréquence et d'intensité dans les jours qui suivirent l'intervention et elle avait complètement disparu lorsque l'enfant quitta l'hôpital. Déjà à ce moment l'état général s'était notablement amélioré, la teinte jaune terreuse des téguments avait disparu, l'appétit s'était relevé et la digestion se faisait bien.

Le 22 mai, l'enfant me fut reconduit par sa mère parce que à la suite d'un refroidissement prolongé subi le 16 avril, il s'était enrhumé et toussait beaucoup. A l'auscultation on constatait des signes de bronchite aiguë, des râles sibilants et ronflants des deux côtés sur toute la hauteur du poumon.

Après cette bronchite qui dura une quinzaine de jours, l'enfant était resté un peu fatigué, avec de l'inappétence.

C'est dans cet état qu'il revint nous voir le 12 juin, à la Pitié. Je lui conseillais de prendre un peu de liqueur de Fowler et rapidement l'appétit revint.

Je n'ai plus revu le jeune garçon que lundi dernier, 4 février 1912, et j'ai constaté chez lui la transformation que nous sommes habitués à voir quelques mois après l'appendicectomie, dans ces cas d'infection intestinale chronique avec amaigrissement, perte des forces, teinte jaune terreux des téguments, etc.

Il est aujourd'hui absolument transformé, bien portant, d'aspect robuste, à teint coloré; il s'est beaucoup développé, a notablement engraissé (45 kgs.). Le ventre est souple, le côlon partout souple et non douloureux ; le cæcum lui-même paraît absolument normal, il n'existe aucune sensibilité à l'angle iléo-cæcal. Les digestions sont bonnes, les garde-robes régulières.

Mais le point principal, celui qui fait l'objet de cette présen-

tation, c'est la *disparition complète de la toux*, dont le malade est débarrassé depuis l'opération.

Observation III

(Brunon in *Bulletin médical.*)

Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans, d'une pâleur cireuse et très émaciée. Elle a l'aspect et l'intonation d'une adénoïdienne. Les parents l'amènent le 17 novembre 1910, parce qu'elle tousse et parce que deux médecins ont dit qu'elle avait une faiblesse du poumon gauche. On craint la tuberculose pulmonaire.

L'enfant tousse depuis plusieurs mois et, en particulier de janvier à mars, elle a beaucoup souffert d'une toux quinteuse plus fréquente la nuit que le jour.

L'examen des sommets est peu instructif.

On ne trouve rien, sauf peut-être un affaiblissement respiratoire au sommet. Il n'y a ni matité, ni bronchophonie, ni craquement.

On signale encore des signes d'entérocolite, selles muco-membraneuses sans constipation ni diarrhée.

Au moment où je l'observe, 17 novembre 1911, il n'y a pas de fièvre et pas de douleurs abdominales.

Mais, dans les derniers jours d'octobre elle avait été examinée par un confrère de Paris qui avait constaté une douleur dans la fosse iliaque droite et avait fait appliquer de la teinture d'iode.

L'enfant se plaignait de son ventre et les parents étaient inquiets de sa pâleur, de sa faiblesse et des nausées fréquentes mais sans vomissements. L'enfant avait constamment « le cœur barbouillé ».

Au 17 novembre, pas de douleur, ni spontanée, ni provoquée par la palpation.

Ce qui inquiète surtout la famille, c'est la toux.

Je prescris le repos, l'aération constante, la révulsion par les serviettes mouillées et un régime végétarien.

31 mars 1911. — Cinq mois après le premier examen, je revois la petite malade. Même pâleur, même maigreur, même toux ; pas de fièvre. Mais douleur très nette au point de Mac Burney. Je parle alors d'appendicite chronique à la famille et je conseille le repos absolu au lit pendant huit jours avec régime végétal et alimentation peu copieuse.

Applications froides sur le ventre.

8 avril. — La toux a beaucoup diminué. Les sommets continuent à être muets, mais tous les autres signes persistent ; grande faiblesse générale. Nausées fréquentes.

Douleur dans le côté droit du ventre après la marche, douleur assez vive à la pression. Pas de constipation.

Pour la première fois on constate une petite élévation de température rectale : 37°4 le matin, 37°8 le soir. Pouls à 116.

Aucune trace d'albumine.

Le ventre n'est ni ballonné ni jaune, mais on y remarque quelques taches lenticulaires semblables à celles de la fièvre typhoïde.

L'intervention chirurgicale est décidée en principe.

Le 25 avril, elle a lieu sans incident. On trouve sur la muqueuse de l'appendice deux exulcérations séparées par un étranglement. Le plus ancienne siège à l'extrémité de l'appendice qui est renflée en massue. Dans le canal, un petit calcul stercoral du volume d'un grain de millet.

Quinze jours après l'opération, la toux avait complètement disparu. Six mois après elle n'a pas reparu. D'ailleurs, l'enfant

est transformée. On est obligé de la rationner. Elle a augmenté de sept kilogrammes depuis l'appendicectomie.

Observation V (prise dans la thèse de Liégault Dr Brunon et Dr F. Hue.)

Il s'agit d'une femme de 25 ans qui vient consulter le 3 avril 1912 parce qu'elle a des douleurs sur les côtés de la poitrine et qu'elle tousse.

Il y a cinq ans accouchement normal. Pas de fausse couche. Actuellement bien réglée.

Les douleurs dont elle se plaint persistent depuis un an et reviennent tous les jours. Leur siège est assez vague; c'est la région épigastrique, les 2 hypochondres avec irradiations sous les reins.

Dans le dos entre la troisième et la sixième dorsale, dans le ventre et la région ombilicale. La douleur épigastrique est la plus vive. La douleur abdominale sus-ombilicale est augmentée par la marche et s'accompagne alors d'essoufflement.

De temps en temps, depuis un an, douleur subite à la base du thorax réveillant la malade et gênant sa respiration. Angoisse. La malade croit qu'elle va mourir.

Il y a des vomissements bilieux fréquents depuis un an, quelquefois alimentaires. Constipation.

Bronchite depuis l'accouchement, c'est-à-dire depuis cinq ans.

Bronchites répétées chaque hiver avec expectoration assez abondante, 15 à 20 par jours.

Grande tristesse. La malade est apathique, répond à peine aux questions. La face est fortement bistrée. Tout le tégument est

bronzé. La peau de l'abdomen en particulier est addisonienne. L'utérus est normal.

L'urine ne contient pas d'albumine. Le pouls est à 84, la température 37°7.

Les signes physiques sont nuls. Pas de râles. Il y a un contraste frappant entre l'ensemble symptomatique et l'absence de signes physiques au sommet.

Le médecin traitant croit à une tuberculose pulmonaire. Il fait des réserves et attend un nouvel examen avant de l'affirmer.

L'alimentation était à peu près nulle, on prescrit le repos, 1 à 2 litres de lait et 2 lavements alimentaires par jour.

24 avril. — La malade a bien fait le traitement.

Elle a pris 1 litre de lait et 2 lavements alimentaires par jour. Elle est mieux et se sent plus forte,

Mêmes douleurs dans les reins, dans le dos, dans le ventre ; vomissement tous les deux ou trois jours avec douleurs épigastriques très vives. La malade dit qu'elle est sujette aux indigestions.

Cette remarque fait penser à l'appendicite chronique.

Le palpation du ventre n'est pas douloureuse à gauche. Elle l'est légèrement sur le côlon transverse : elle l'est nettement au point de Mac Burney. La pression un peu profonde fait faire une grimace à la malade. Il n'y a pas de défense musculaire de la paroi ; elle est également flasque à droite et à gauche.

18 mai. — La toux persiste. Il y a toujours une petite élévation de température, 37,6. La température n'est pas prise régulièrement.

Les nausées sont fréquentes le matin, sans vomissements.

Rien à l'auscultation.

La malade est restée trois semaines au lit. Les douleurs tho-

raciques et abdominales sont moindres. Moindres également à la palpation. L'aspect général est toujours mauvais : yeux cernés, figure défaite, tristesse et affaissement.

Je propose l'intervention.

12 juin. — Même toux, plus fréquente après les repas, 15 à 20 expectorations par jour

Même douleur au point de Mac Burney. A la moindre fatigue, les douleurs spontanées réapparaissent.

10 juillet. — Même état, nausées chaque jour après les repas.

L'utérus examiné est de nouveau normal.

Toujours rien à l'auscultation du poumon.

18 juillet. — Depuis quelques jours, la température du reste atteint 38°.

20 juillet. — Opération.

L'appendice est libre, sans déformation extérieure et sans élongation. La muqueuse est rouge et boursouflée légèrement.

Abaissement de la température immédiat.

5 avril. — Au départ de la malade, la toux a disparu et l'état général est excellent. Il reste quelques douleurs thoraciques.

16 octobre. — L'amélioration s'est maintenue quoique la malade tousse toujours un peu. L'augmentation de poids est de 4 kgr. 500 depuis l'opération faite en juillet.

Observation VI (Dr Brunon)

Le 21 mars 1910, on me présente une fillette de 8 ans. Elle a bon aspect, mais tousse chaque hiver depuis trois ans et cet état « fait craindre pour sa poitrine ». Elle est d'ailleurs soignée pour bronchite « spécifique », disent les parents, sans attacher d'importance à ce mot.

La toux a un caractère coqueluchoïde ; elle s'accompagne de

rougeur de la face et de rejet de mucosités. Elle est assez fréquente la nuit pour gêner le sommeil. Du côté de la poitrine, les signes physiques sont vagues : pas d'amaigrissement sous-claviculaire ou sus-épineux, pas de matité ; ni râles, ni craquements ; respiration rude aux deux temps et des deux côtés. Chuchotement de Despine net. Chaîne ganglionnaire cervicale en grains de plomb ; amygdales assez volumineuses ; ouïe diminuée à gauche. Température : 38°5 à 3 heures de l'après-midi.

Il y a manifestement antagonisme entre cet ensemble et l'état général qui est très bon. Je fais des réserves sur le diagnostic tuberculose pulmonaire et je pense, provisoirement tout au moins, à des accidents d'adénopathie bronchique. Je conseille le repos au lit sévère, jusqu'à disparition de la fièvre ; des enveloppements froids du thorax et une bonne alimentation. Aération nocturne et diurne constante.

Le 8 avril, je revois la malade. La toux a beaucoup diminué. Celle de jour est supprimée ; celle de nuit est devenue rare, et même il n'y a pas eu de toux depuis sept nuits. Encore quelques mucosités. Appétit excellent. Le poids a augmenté de 500 grammes.

Je ne vois la malade que dix semaines puls tard, le 21 juin. Elle est moins bien. On a abandonné en partie le traitement. L'enfant se lève et va en pension. La toux est revenue ; cinq ou six accès par jour, surtout quand l'enfant a marché dans la journée. T. 37°6 à 37°8 le soir ; pouls à 96 dès que l'enfant marche. Aspect général toujours bon, ainsi que l'appétit et le sommeil.

A l'auscultation, toujours fort peu de chose, pour ne pas dire rien. Augmentation de poids de 2 kgr. 500 depuis le début du traitement.

Donc, retour de la toux, persistance de la fièvre, rien à l'auscultation. Bon état général. Cependant mon diagnostic « pas de tuberculose pulmonaire » commence à être ébranlé dans mon esprit. Cette persistance de la fièvre m'inquiète.

Le 25 juillet, nouvel examen. La petite toux persiste, régulière, chaque jour. Elle réapparaît la nuit. T. 37°8 le soir. Signes physiques toujours nuls. 5 à 10 centigrammes d'albumine dans l'urine qui n'en contenait pas antérieurement.

L'enfant a encore augmenté de poids : elle pèse 32 kilogrammes. Elle pesait 27 kgr. 500 à la première visite en mars. J'ajoute 500 grammes de lait au régime et je supprime la viande.

11 août. Depuis le régime lacto-végétarien la fièvre a disparu; la toux a beaucoup diminué de fréquence ; poids à peu près stationnaire. A l'auscultation, respiration rude à gauche et faible à droite en avant sous les clavicules.

Mais un fait nouveau s'est produit. Lorsque l'enfant à joué avec ses compagnes, le dimanche en particulier, elle est très fatiguée, sa figure se tire et elle a une barre dans le ventre. Quelquefois elle marche un peu pliée en avant

J'examine le ventre. Il est ballonné. On me dit même qu'il l'est depuis un certain temps. Ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements, ni nausées. Toujours bon appétit. Au point de Mac Burney, douleur légère mais très nette à la palpation. La résistance de la paroi à droite est nette également. Alors je pense à l'appendicite et à des accidents pulmonaires de l'appendicite. Je prescris de reprendre le repos absolu, les enveloppements et un régime convenable. On appliquera des serviettes mouillées froides sur le ventre.

29 septembre. La famille trouve l'enfant beaucoup mieux. Elle ne tousse plus depuis près de six semaines. Cependant la langue

est blanche, le ventre est toujours ballonné; il y a toujours une petite élévation de température le soir. La palpation au point classique est moins douloureuse : néanmoins, à un bon travers de doigt en dehors de l'ombilic, elle fait faire une grimace à l'enfant.

Je déclare alors à la famille que je crois à une appendicite chronique dont les accidents pulmonaires sont les conséquences.

Mon diagnostic n'est pas accepté. L'enfant tousse: elle a donc quelque chose dans les poumons ! On ajoute qu'on trouve mon traitement efficace et suffisant.

Cependant on m'amène de nouveau l'enfant le 10 octobre. Elle est retournée à la pension, et la toux est revenue le huitième jour. Elle est gaie, mais les jeux de ses compagnes la fatiguent. Les yeux sont cernés ; face légèrement ictérique. Sommeil agité. Toujours bon aspect général. Ventre toujours ballonné. *Il est jaune dans la région péri-ombilicale.* A la moindre marche, l'enfant est fatiguée et se plaint de douleurs de ventre. Elle ne peut pas se coucher sur le côté droit. Il y a toujours une tendance à une légère élévation de température le soir.

Le doute n'est plus possible et je confirme mon diagnostic d'appendicite chronique avec poussées subaiguës subintrantes.

Je ne revois plus la malade qu'en janvier 1911. A ce moment la mère me raconte que, le 1er décembre, à 8 heures du matin, a éclaté tout à coup une crise aiguë avec vomissement, ballonnement, douleurs de ventre et diarrhée. On crut à une indigestion. La diarrhée et les vomissements persistent de 8 heures du matin à minuit. L'enfant n'est pas mise au lit. Elle marche dans la chambre, pliée en deux. On appelle le médecin de la famille qui diagnostique une appendicite aiguë. Pendant plus de

dix jours la vie est en danger. Tout finit par se calmer. Quand je vois l'enfant, en janvier, elle ne tousse plus, ne rejette plus de mucosités. L'amaigrissement est considérable. La température est de 37°6 le soir, le pouls à 88. La langue est saburrale. Il y a souvent des douleurs vagues, des pincements de ventre pendant les repas. Le point de Mac Beurney est toujours douloureux. La peau de l'abdomen est jaune dans la zone péri-ombilicale.

La famille croit que l'enfant est maintenant guérie de sa bronchite et de son appendice. « Vous voyez, me dit-on, qu'on peut guérir l'appendicite sans opération. » Je fais tous mes efforts pour corriger cet optimisme et je conseille l'intervention chirurgicale le plus tôt possible.

Le 8 avril, nausées avec vomissement ; douleurs spontanées vives dans le côté droit du ventre. Je vois la malade le lendemain ; la palpation est impossible à cause de la défense musculaire de la paroi. Heureusement la famille avait mis l'enfant au lit et au repos absolu depuis le 6 avril. Enfin on se rend à mes conseils, l'intervention est décidée.

Le 20 mai, l'enfant est opérée par mon collègue, M. François Hue. On trouve un cæcum fixé par des solides adhérences. Impossible de l'amener au dehors. L'extrémité de l'appendice est fixée au-dessous de l'intestin ; elle est perforée, mais ne laisse pas suinter.

Suites normales. La toux a complètement disparu, la santé est excellente.

Le 15 octobre, le poids est de 35 kilogrammes, en augmentation de 3 kilogrammes depuis l'opération.

La famille constate que l'enfant ne s'est jamais si bien portée depuis trois ans.

II. — Formes d'appendicites tuberculeuses chez des tuberculeux pulmonaires.

Observation VII

(Rapportée par M. Walther à la *Société Médicale des Hôpitaux*, le 9 février 1912.)

Un jeune homme d'une vingtaine d'années, atteint de lésions aux deux sommets, fut pris au mois de mars dernier en Suisse dans un sanatorium où il se soignait depuis quelques mois, d'une crise aiguë d'appendicite; revenu à Paris un mois après, il fut examiné par notre collègue M. Faisans, qui conseilla l'ablation de l'appendice. Nous trouvâmes une appendicite tuberculeuse typique, l'appendice en partie détruit dans un foyer caséeux et fougueux; le tout fut largement enlevé, curetté, touché à la teinture d'iode; la guérison fut heureusement obtenue sans fistule et une amélioration très notable de l'état général est résultée de la disparition des troubles digestifs, depuis l'opération qui remonte au mois de mai 1911. Or ce malade qui était épuisé par une toux incessante jour et nuit, ne tousse presque plus et cette disparition de la toux a suivi de très près l'intervention.

Observation VIII (*personnelle*).

M. L..., âgé de 22 ans, fit il y a trois ans environ une pleurésie ; il se soigna pendant quelques mois et reprit la vie ordinaire; il y a un an hémoptysies, et tuberculose des sommets avérée.

Le malade est envoyé dans un sanatorium du centre de la

France ; on remarque alors qu'il se plaint de douleurs abdominales, et présente une température assez élevée: en pense alors à l'appendicite. Le malade est ramené à Paris et opéré: on trouve à l'intervention un gros appendice avec péri-appendicite, on l'enlève ; il s'agit à l'examen histologique d'appendicite tuberculeuse avec lésions inflammatoires forme mixte.

Après l'intervention, la température s'abaisse à 37°, l'état général est meilleur: mais quinze jours après on constate une légère élévation thermique ; et quelques granulations au niveau du voile du palais et du pharynx. Le malade évolue vers la tuberculose intestinale et meurt deux mois *après de granulie.*

Observation IX

(Lejars. *Sem. médicale*, 9 novembre 1910.)

Malade de M. Dalché à l'hôpital Beaujon (1896). La malade semblait en pleine péritonite appendicitaire quand je fus appelé près d'elle : le pouls était petit, à 120, la température à 38°5, le facies pâle et tiré ; le ventre était ballonné, douloureux sur toute sa surface, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où le palper, du reste fort malaisé à cause de la douleur, décelait une sorte de masse profonde. Les accidents avaient débuté brusquement, quatre ou cinq jours avant, par des douleurs et des vomissements, et sans qu'on pût rien retrouver de notable dans les antécédents de la malade.

Bref, j'avais conclu comme tout le monde à une appendicite grave en voie de généralisation, et j'intervins séance tenante: or, à l'incision iliaque, je ne vis sortir aucun liquide, je ne trouvai aucun abcès; j'arrivai tout de suite sur le cæcum et l'appendice: ils étaient libres et mobiles, mais recouverts sur toute leur sur-

face d'un semis de granulations miliaires ; le même semis occupait l'épiploon. C'était une granulée péritonéale. Je refermai la plaie, après avoir excisé pour l'examen, qui du reste fut confirmatif, un petit segment d'épiploon.

Contrairement à toutes mes prévisions, l'état général s'améliora, les accidents aigus tombèrent ; au bout de trois mois, la malade pouvait quitter l'hôpital, dans des conditions de santé relativement satisfaisantes.

Observation X

(Lejars. Dans la *Semaine médicale*, 9 nov. 1910).

Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans que j'opérais le 24 octobre 1901 ; il avait eu plusieurs poussées « apicales », des craquements humides s'entendait à l'un des sommets, il était amaigri et manifestement en puissance de tuberculose, sans que les lésions fussent encore avancées ; depuis plusieurs années, il souffrait de la fosse iliaque droite ; de temps en temps les douleurs s'étaient accrues en s'accompagnant de nausées, sans qu'il se fut jamais produit de crise proprement dite. Le ventre était plat et souple ; dans la zône appendiculaire, on ne sentait pas de masse, pas de tumeur, mais une sorte de cordonnet vertical, un peu bosselé, gros comme un doigt, sensible à la pression. Ce cordonnet avait éte constaté depuis un an et demi ; il restait tel quel et ne paraissait nullement se modifier ni dans l'un ni dans l'autre sens. Il n'existait aucune localisation testiculaire, prostatique ou urinaire. J'intervins : je trouvais un contenu abdominal d'aspect absolument sain, pas d'ascite ; j'excisai l'appendice qui était recourbé en avant et très adhérent à la paroi et à une anse grêle et un segment épiploïque qui l'engai

nait; je réussis. La guérison fut toute simple ; l'amélioration des plus marquées. Mais trois ans plus tard notre malade succombait aux progrès de la tuberculose pulmonaire sans qu'aucun autre accident ne fut manifesté du côté de l'abdomen.

Observation XI

(Lejars. *Semaine méd.*, 9 nov. 1910.)

Jeune femme de 24 ans, entre à l'hôpital le 5 novembre 1909, avec tous les signes d'une appendicite aiguë. Elle n'a pas d'antécédents suspects : le 25 août précédent, elle avait été prise, pour la première fois et brusquement, de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite et de vomissements ; elle avait alors été admise à l'hôpital dans un service voisin, et quatre jours après elle en sortait les accidents ayant complètement disparu. Le 5 novembre au matin la même crise s'était reproduite, plus intense cette fois : la température est de 39° ; le pouls, assez petit, à 120 ; le ventre est douloureux à la pression, très tendu ; la douleur est surtout marquée dans la région appendiculaire.

Le traitement habituel est institué, la fièvre diminue, le pouls se reprend, les vomissements cessent; le 16 novembre tout était rentré dans l'ordre ; on sentait encore un plastron peu étendu dans la fosse iliaque, le reste du ventre était souple.

L'histoire était celle d'une appendicite aiguë des mieux caractérisées qui avait été sévère, mais finalement avait cédé et s'était refroidie.

J'attendis au 10 décembre avant de procéder à l'ablation de l'appendice. Or, à l'incision faite sur le bord externe du droit je vis s'évacuer un peu d'ascite et je trouvai des granulations

disséminées sur l'intestin et le péritoine pariétal. L'épiploon infiltré lui aussi était pelotonné autour de l'appendice ; l'appendice, déclive, adhérent, très gros, très rouge, était coudé à sa partie moyenne et occupé à ce niveau par un corps étranger fécal, induré, et du volume d'une forte noisette. Il fut excisé, et la plaie réunie avec un drain. La guérison locale s'est faite très simplement ; l'état général est très bon ; l'avenir reste naturellement douteux.

Examen histologique (Rubens-Duval). La tuberculose est limitée au péritoine appendiculaire ; le reste de l'organe ne présente que des lésions inflammatoires banales.

Nous avions donc affaire à une appendicite banale, en foyer de péritonite tuberculeuse.

III. — Formes d'appendicite banale chez des tuberculeux pulmonaires.

Observation XII

(Recueillie dans le service du Dr Walther.)

D..., âgé de 33 ans, représentant de commerce entre le 6 février 1905 salle Broca pour une appendicite.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Pas d'antécédents personnels intéressants : il est marié et a un enfant en très bonne santé.

En juillet 1902 pendant la nuit le malade a été réveillé par une vive douleur à tout l'abdomen, s'irradiant au rein. Cette crise dura environ une heure ; un médecin appelé fit une piqûre de morphine. Cette crise douloureuse s'est accompagnée de

vomissements alimentaires et de constipation très marquée. Il fut malade pendant trois jours, puis reprit ses occupations.

Depuis cette époque il n'a pas eu d'autres crises. Néanmoins il éprouvait continuellement une gêne assez pénible dans tout le côté droit. A certains moments sans cause apparente cette gêne augmentait, devenait une douleur assez vive, profonde, qui persistait pendant quelques minutes. Malgré cela l'appétit reste excellent, les digestions se font assez bien, cependant la langue est toujours saburrale. On note une constipation permanente mais jamais de peaux dans les matières ; il a eu une petite hémorragie intestinale il y a un an environ.

Au mois de novembre 1905 en se levant il a ressenti une douleur assez vive dans tout le côté droit, qui l'a obligé à s'aliter. Cette crise a été beaucoup moins pénible que la première fois. Il n'y a eu ni vomissement, ni diarrhée. On fait des applications de glace sur le ventre et au bout de quarante-huit heures le malade peut reprendre ses occupations.

Après cette deuxième crise l'état reste le même qu'auparavant. Il existe une gêne permanente de tout le côté droit avec parfois un point fugace plus douloureux localisé le plus souvent à droite, mais quelquefois aussi à gauche.

Il se décide à se faire opérer.

Examen. — La paroi abdominale a un aspect normal, est très souple. La palpation superficielle n'est nullement douloureuse dans la fosse iliaque droite. En palpant plus profondément on sent appliquée contre la paroi postérieure une petite masse arrondie et allongée de la grosseur du petit doigt environ. Cette masse est lisse et très peu mobile.

Cette palpation est un peu pénible, mais bien supportable, il faut exercer une pression assez forte sur le boudin appendicu-

laire pour déterminer une sensation plus douloureuse. Le maximum de la douleur siège bien au point appendiculaire.

La région hépatique n'est pas douloureuse à la pression, le foie n'est pas augmenté de volume. Cependant le malade dit avoir ressenti plusieurs fois une douleur assez bien marquée à ce niveau. De plus il a remarqué après la deuxième crise qu'il avait la conjonctive un peu jaune, son teint terreux depuis le débnt de la maladie était devenu un peu jaune.

De plus par la palpation de la fosse iliaque droite, on sent une masse ronde, lisse, qui fuit sous la pression, ainsi que pendant les fortes expirations et qui pourrait être le rein abaissé.

Autres organes : il tousse depuis longtemps et on observe depuis qu'il est à l'hôpital de légères hémoptysies. L'examen pulmonaire nous révèle une zône d'induration étendue à tout le poumon droit. L'examen radioscopique confirme le fait, montrant le côté droit plus sombre que le côté gauche.

Les bruits du cœur sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. On trouve 11 gr. 25 d'urée par litre.

Opération le 10 février 1905.

Incision de Walther.

Côlon et cæcun dilatés.

Appendice de 11 cm. 5, sclérosé, dur, bosselé, avec points de folliculite transparents à travers la paroi. Méso-falciforme large. Ligature en chaîne du méso et de l'appendice. Section au thermo. Enfouissement du moignon sous un repli iléo-cœcal. Suture de la paroi.

Les suites opératoires sont bonnes.

La plaie se cicatrise le dixième jour. Mais des troubles uri-

naires apparaissent le quinzième jour et nécessitent le passage du malade à la salle septique.

En même temps apparaissent des douleurs violentes localisées du côté gauche, dans la région lombaire. Ces douleurs ne tardent pas, au bout de deux ou trois jours, à siéger du côté droit, avec leurs mêmes caractères : Elles sont continuelles, ou à peu près, exaspérées par les mouvements du malade, par ses efforts respiratoires.

L'examen de la région lombaire montre qu'il y a douleur à la palpation mais non hypertrophie du rein.

L'abdomen est sensible dans la région supérieure. Application d'une vessie de glace.

Les urines sont légèrement troubles et laissent un dépôt. Lavages vésicaux à l'eau boriquée.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine.

Examen bactériologique du sédiment urinaire : révèle du bactérium coli, des entérocoques et des bacilles divers.

Les symptômes s'améliorent les jours suivants, et le malade quitte l'hôpital le 26 mars 1905 : l'état général est bon. Les urines sont claires. Les régions rénales peu sensibles.

Le malade est revu en 1909.

Il va très bien. Cependant, il a été long à se remettre. Il habite actuellement à Bois-Colombe. État général aussi bon que possible : le malade a engraissé de 7 ou 8 livres.

Observation XIII

(Prise dans le service du Dr Walther.)

Mme U... entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales et est dirigée sur le service du Dr Josué. De là elle est envoyée dans le service du Dr Walther pour y être opérée.

Dans les antécédents nous relevons la mort de son père à l'âge de 38 ans d'une affection broncho-pulmonaire qui semble être de la bacillose.

Mariée, elle a eu une fillette, qui à présent a 2 ans 1/2. L'accouchement a été sans incident, mais pendant la grossesse elle a eu beaucoup de vomissements.

Depuis cette grossesse elle est restée très faible et pendant l'hiver 1911-1912 elle a eu une bronchite qu'elle a encore. N'a jamais eu d'hémoptysie. Ne crache pas.

Il y a quinze jours, vers le 4 ou le 5 juin, elle a ressenti une légère douleur dans la fosse iliaque droite. N'a pas eu de vomissements ni de constipation. Puis le 17 juin, vers 10 heures du matin elle fut prise brusquement d'une douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements et constipation. Elle a fait appeler un médecin qui a diagnostiqué une crise d'appendicite aiguë, a conseillé la glace et la diète hydrique. Elle est restée deux jours chez elle, puis est venue à la consultation de la Pitié, où elle fut admise est dirigée sur le service du Dr Josué. Là elle fut soignée par des applications de glace et la diète. Deux jours après elle fut envoyée dans le service du Dr Walther pour y être opérée.

La peau du ventre ne présente pas de vergétures sauf au niveau

de la racine des cuisses. Le ventre n'est pas ballonné, ni rétracté.

La palpation légère pratiquée de gauche à droite montre une défense musculaire très légère à droite. Cette palpation est peu douloureuse dans la fosse iliaque gauche, aux points salpingiens et dans la fosse iliaque droite. Mais le point le plus douloureux siège dans le flanc droit et la région lombaire droite.

La palpation profonde explique la cause de cette douleur : en effet dans la fosse iliaque droite on peut sentir un cæcum souple et un cordon roulant sous les doigts, sur lequel la palpation réveille une douleur encore assez vive.

Mais, de plus, dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite et dans le flanc droit on perçoit une masse grosse comme une orange, lisse, douloureuse, filant sous les doigts qui palpent et remontant derrière le foie. Cette masse donne la sensation du rein droit abaissé.

A gauche on ne note rien de semblable. Il n'y a pas de douleur et on ne peut percevoir à la palpation le pôle inférieur du rein.

La percussion dénote de la sonorité dans tout l'abdomen. Les autres organes de l'abdomen, estomac, foie et rate ont des dimensions normales.

Au toucher vaginal le col est long et déchiqueté.

La pression dans les culs-de-sac n'est douloureuse qu'en arrière, où l'on sent une masse dure qui semble être le corps de l'utérus, tombé dans le Douglas. L'utérus est en effet en rétroversion, comme le prouve la palpation abdominale, combinée au toucher.

Les annexes sont normales.

L'examen des poumons décèle une bacillose assez avancée des deux sommets, mais surtout accentuée à gauche.

On remarque une atrophie des muscles sus-épineux, égale des deux côtés.

A la percussion, on trouve de la submatité.

Enfin on entend à gauche une respiration soufflante, de gros râles sous-crépitants, nombreux ; à droite une respiration rude et des craquements.

Les signes stéstroscopiques sont très nets et en rapport avec la radioscopie, qui a décélé de l'obscurité des deux sommets et peut-être une spédoncle à gauche.

Les bruits du cœur sont normaux.

Rien à signaler du côté des autres organes.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

En présence de ces symptômes il nous est permis de porter le diagnostic d'appendicite chez une tuberbuleuse pulmonaire, accompagnée de ptose rénale droite et de rétroversion utérine.

Opérée le 28 juin 1912. On fit une incision lombaire droite et par cette plaie unique, on amena le rein à travers lequel on passa des catguts. Puis on fit l'appendicectomie, et on referma la brèche péritonéale. Enfin on fixa le rein et on referma la paroi.

L'appendice long présentait des lésions d'appendicite chronique non tuberculeuse.

Les suites opératoires furent excellentes, après quelques vomissements et une légère élévation thermique qui dura deux jours, la malade se sent très améliorée. Les symptômes pulmonaires ne se sont pas modifiés encore, mais il est à noter que cette observation est écrite le 4 juillet 1912 et qu'on ne peut guère prévoir les suites ultérieures.

Nous avons tenu à la citer pour montrer qu'une opération longue et grave peut être pratiquée sans trop de danger sur une malade nettement tuberculeuse. Cependant des réserves sont à faire sur son avenir.

Observation XIV

(Prise dans le service de M. Walther.)

B... C..., entre le 26 mai 1911 pour appendicite chronique envoyée par M. Faisans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de bronchite.

Antécédents personnels. — En février 1909 eut une grippe, puis une bronchite, et fut soignée pour une bacillose pulmonaire a Bligny, puis à la campagne chez ses parents.

Jamais de troubles digestifs, pas de constipation, pas de sensation de barre épisgastrique.

Mais depuis deux ans environ elle souffre dans la fosse iliaque droite.

En octobre 1910, elle consulte M. Faisans qui donne l'examen suivant : « Amélioration de l'affection broncho-pulmonaire, bien que depuis un mois il y ait une reprise de toux et d'expectoration. La respiration reste soufflante dans les deux sommets, mais je ne perçois aucun bruit adventice. Douleurs abdominales fréquentes, éveillées et exaspérées par la marche siégeant dans la moitié droite du ventre, pression au point de Mac Burney détermine une douleur vive, on n'en provoque pas dans les autres régions. Gonflement dans la région prémalléolaire interne du pied droit, gonflement moins marqué dans la région homologue du pied gauche; il s'agit d'un petit épanchement à grains riziformes dans les gaines synoviales des fléchisseurs. »

Depuis octobre, habite la campagne, revient au mois de mai 1911, consulter M. Faisans qui l'envoie à M. Walther.

Examen le 31 mai. Maximum de la douleur très net à deux

travers de doigt à droite et en bas de l'ombilic, foie légèrement augmenté de volume.

Sommets douteux. Toux accusée.

Opérée le 2 juin 1911. Incision par le procédé habituel.

A l'ouverture du ventre, l'épiploon sort par la plaie, il est rouge, mais pas de lésions d'épiploïte chronique.

Adhérences du cæcum à la partie antérieure de l'abdomen, il présente des traces de péritonite chronique. Adhérences de tout le flanc gauche du méso à l'intestin grêle, le méso lui-même est épaissi, dur. L'appendice est rouge et vascularisé. Rougeur diffuse de péritonitè chronique et de péritonite subaiguë récente. L'appendice est coudé, il a 6 centimètres de long.

La portion terminale du cæcum au niveau de l'insertion de l'appendice est épaissie, contourné et cette induration s'étend à tout le fond du cæcum à peu près sur l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Appendicectomie par le procédé ordinaire.

Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires furent simples et la malade sortit le 12 juin.

Résultats post-opératoires. — Elle a été revue le 26 juin 1911. Son état est parfait, elle ne souffre plus, pas de douleur à la pression. Elle digère bien et surtout *elle ne tousse plus du tout.*

Observation XV

(prise dans le service de M. Walther.)

Mme R... L., âgée de 38 ans, entre le 25 mars 1912, salle Terrier, pour des douleurs dans le flanc droit et la fosse iliaque droite.

Dans les antécédents nous trouvons comme faits intéressants, la mort de son père à 32 ans d'une affection pulmonaire indéterminée. Sa mère est bien portante, mais parmi ses frères et sœurs, l'aîné a une forte prédisposition aux bronchites.

Elle est mariée depuis seize ans, et son mari est bien portant, ne tousse pas. Point intéressant : elle a eu, il y a quatorze ans, une fille morte de méningite à onze mois. Elle a fait également une fausse couche depuis cette époque.

Réglée à 19 ans, la malade voit toujours régulièrement avec six ou huit jours d'avance. Elle n'a jamais eu aucune maladie jusqu'en 1900, année où elle eut une fièvre muqueuse ; elle resta malade pendant un mois. Depuis cette époque, elle s'enrhume facilement, tous les hivers elle a de fortes grippes : c'est ainsi que, en 1902, elle a une bronchite, en 1911 également, et cette année-là elle fut obligée de garder le lit près de deux mois. Depuis 1902, elle s'enrhume plus facilement qu'avant cette année-là, elle a souvent des points de côté, des douleurs interscapulaires et lombaires. Elle n'a jamais eu d'hémoptysies.

Depuis la naissance de sa fille, c'est-à-dire depuis quatorze ans, elle souffre des reins et surtout du côté droit : elle vit un médecin qui diagnostiqua une chute du rein droit et lui ordonna de porter une ceinture abdominale.

De plus, elle souffre depuis longtemps de troubles digestifs. Depuis dix ans environ elle a des douleurs continues, plus vives au moment de la digestion, localisées sur la ligne médiane depuis la pointe de l'appendice xyphoïde jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Elle est constipée, va à la selle tous les cinq ou six jours, et elle a alors des selles abondantes accompagnées de coliques, et elle a observé souvent des peaux blanches dans ses selles.

Elle a souvent des vomissements et des crises aiguës douloureuses siégeant dans tout l'abdomen.

Il y a un mois, elle a eu une crise d'appendicite avec fièvre, vomissements et douleur abdominale à droite de l'ombilic.

Actuellement, 25 mars 1912, la palpation de l'abdomen provoque une douleur vive sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic ; de même à droite dans la fosse iliaque au niveau de l'angle iléo-cæcal.

De plus, en ce point la palpation permet de sentir une masse arrondie, lisse, douloureuse, remontant facilement derrière le foie et qui paraît être le rein droit abaissé et tombé dans la fosse iliaque.

L'examen du cœur ne montre rien de particulier. Mais à l'auscultation du poumon, on perçoit de légers frottements au sommet droit, signes d'une atteinte légère de ce poumon.

Les urines sont normales : il n'y a ni sucre, ni albumine. La quantité varie avec les jours. La malade a observé qu'elle urinait certains jours plus que d'habitude.

En présence de ces symptômes on porte le diagnostic du rein droit abaissé, avec entéro-colite et appendicite chronique chez une bacillaire.

On l'opère le 29 mars 1912. Elle fut endormie au chloroforme après injection sous-cutanée de scopolamine-morphine. Nettoyage de la région lombaire droite à la teinture d'iode. Incision lombaire oblique en bas et en dehors. Le rein est extériorisé, mais il était très bas dans la fosse iliaque, il est gros et congestionné et porte des stigmates de périnéphrite très adhérente. On incise la capsule sur le bord externe, mais on la décortique avec difficulté à cause de cette périnéphrite. Plusieurs anses de catgut sont passées à travers le parenchyme et nouées deux à deux.

Puis on incise le péritoine postérieur sur une longueur de 7 à 8 centimètres. On recherche l'appendice, on le trouve adhérent, il est petit (6 cm.), rétréci à sa partie moyenne et porte les traces d'une appendicite récente. Le cæcum est recouvert d'un voile de péritonite récente. Appendicectomie, enfouissement sous le repli iléo-cæcal.

Suture de la brêche péritonéale.

Réduction du rein et passage des fils rénaux dans la paroi.

On ferme par quelques points séparés de catgut sur les muscles de la paroi. Crins sur la peau. Pansement au stérésol.

Les suites opératoires furent des plus simples : pendant deux jours elle eut des nausées et des vomissements qui cessèrent sous l'influence d'un lavage d'estomac. Au huitième jour on enlève les fils : réunion par première intention. La malade sort au dix-septième jour.

Cette malade fut revue ultérieurement : le 5 mai, elle accuse encore quelques troubles digestifs, son cæcum est souple, son côlon descendant est encore un peu rétracté, légère sensibilité à l'angle iléo-cæcal. Le rein droit est bien en place.

Le 25 juin 1912 elle présente encore une légère sensibilité à droite, mais elle dit qu'elle se sent très bien, qu'elle n'a plus de migraine depuis son opération. Elle a engraissé de 4 kilogrammes depuis sa sortie de l'hôpital. Et cependant elle a encore des signes de bacillose pulmonaire en évolution : elle tousse un peu, crache et est soignée pour tuberculose pulmonaire ; à l'auscultation, à droite on perçoit au sommet une respiration un peu rude, et au sommet gauche de légers frottements.

Observation XVI

(Prise dans le service de M. Walther.)

Mlle B.. A., âgée de 24 ans, exerçant la profession de couturière, entre dans le service du professeur A. Walther le 22 avril 1907, salle Gerdy, pour des douleurs localisées dans la fosse iliaque gauche et dans la région appendiculaire.

Ces douleurs sont survenues en 1904 à la suite d'un accouchement, qui a entraîné de l'infection puerpérale avec pelvi-péritonite et phlébite : elle garda le lit trois mois.

Mais des douleurs persistèrent, douleurs lancinantes, augmentées par les règles, et qui furent traitées par des injections au sublimé et l'ingestion d'arsenic.

Il y a six mois ces douleurs augmentèrent et s'accompagnaient de sensation de pression périnéale, de corps étranger pelvien. Ceci détermina même une crise nerveuse avec perte de connaissance, et relâchement du sphincter vésical.

Dans les antécédents nous trouvons plusieurs notions utiles : son grand-père est mort spécifique, son père est mort éthylique et bacillaire, elle a eu deux frères morts très jeunes, dont l'un d'une méningite tuberculeuse.

Elle a eu un enfant qui est mort à l'âge de deux ans de méningite semble-t-il. Pas de fausse couche.

Il y a donc chez elle un lourd passé bacillaire et nous verrons qu'elle-même paie tribut à cette maladie.

Mais de plus elle a contracté en 1906, une syphilis qui a été très mal soignée, puisqu'elle prit seulement des pilules pendant quinze jours.

Enfin depuis longtemps elle perdait en blanc, mais depuis un an elle a des pertes jaune verdâtre abondantes avec douleur à la miction et traitées par des injections au sublimé.

Actuellement la malade présente sur la face et sur le dos de l'acné en grande abondance. Quelques ganglions sont nettement perceptibles au cou.

Le ventre ne présente rien de particulier à la vue. Mais la palpation permet de se rendre compte de cette sensibilité généralisée à tout l'abdomen, avec maximum de douleur aux deux points salpingiens et au point appendiculaire.

Au toucher, on sent un col œdématié et gros, un utérus gros et en antiflexion légère, un cul-de-sac de Douglas libre, mais de chaque côté on sent les annexes adhérentes, grosses comme une noix et le toucher est douloureux.

Le cœur n'a rien.

Au poumon on ne note que bien peu de chose, un peu de rudesse respiratoire à gauche. Dans les urines on trouve des traces d'albumine.

Elle resta dans le service au repos et aux injections chaudes jusqu'au 17 juillet. Sous l'influence de ce traitement les douleurs diminuèrent, les trompes devinrent beaucoup moins douloureuses, ainsi que l'appendice.

Elle fut opérée le 17 juillet 1907. Incision médiane. On trouve un cæcum gros, dilaté, vascularisé. L'appendice est petit *sclérosé*, il a 9 centimètres de long. Appendicectomie par le procédé habituel, enfouissement sans un large repli iléo-cæcal. Les trompes sont oblitérées à droite et à gauche, les annexes adhérentes en arrière. Ces adhérences sont détruites et on fait l'hystérectomie subtotale par le procédé habituel. Péritoine friable et difficilement on péritonise, Réfection de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires furent excellentes et on enleva les fils le 25 juillet.

On revit la malade au mois d'avril 1910, au mois de mai, puis en juin. Chaque fois la malade revient pour des pertes blanches et on note une métrite cervicale, qui fut traitée par la teinture d'iode.

C'est vers cette époque qu'elle eut une hémoptysie légère et elle entra dans le service du Dr Walther pour s'y soigner. De là elle fut dirigée sur le Vesinet où elle y fut traitée pour un sommet droit suspect.

Revue le 23 juin 1912. Elle ne souffre plus du tout du ventre et elle peut s'alimenter aisément. Mais ses deux sommets pulmonaires sont touchés : à gauche en particulier on perçoit de gros frottements, à droite des frottements plus petits avec modification de la respiration (respiration soufflante dans la région sus-épineuse). Il faut noter que cette malade se fatigue beaucoup, ne peut pas prendre toutes les précautions voulues, et surtout ne peut manger les mets très nourissants : il est donc naturel que chez elle la tuberculose continue à évoluer.

Observation XVII

(Prise dans le service du Dr Walther.)

Mme D.... Isabelle, 23 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, le 7 novembre 1903 pour des douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires. — Parents, frères et sœurs bien portants. Une de ses tantes est morte « de la poitrine ».

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance.

Les règles ont apparu à 16 ans ; elles sont régulières et peu abondantes.

La malade s'enrhume facilement tous les hivers ; elle tousse fréquemment et dans ses crachats elle a vu souvent des stries sanguinolentes, mais sans hémoptysie véritable.

Histoire de la maladie. — Il y a cinq ans, premières douleurs abdominales survenant un peu avant les règles et occupant la partie inférieure de l'abdomen.

Il y a trois ans, douleurs localisées dans le côté droit ; ces douleurs spontanées siégeaient au-dessous du rebord costal, au niveau de la masse sacro-lombaire en arrière, et dans la fosse iliaque aux environs du point de Mac Burney. Elles étaient continues, peu intenses, mais exaspérées par la fatigue et les règles. Ces douleurs persistent encore, sans grande modification.

De plus l'état gastro-intestinal a toujours été défectueux depuis le début de cet état morbide. La malade est habituellement constipée ; depuis quelque temps elle rend souvent des peaux dans ses matières. Elle a eu aussi des vomissements après les repas, bilieux et très amers.

On trouve aussi dans son histoire des troubles urinaires intéressants : les urines sont souvent sableuses ; plusieurs fois, dit la malade, il lui est arrivé de rester deux jours sans uriner ; puis, sans douleur, une émission abondante d'urine se produisait et tout rentrait dans l'ordre.

Examen à l'entrée. — *Examen de l'abdomen.* — La palpation de l'abdomen montre que le cæcum, le côlon ascendant, et en particulier son angle hépatique, le côlon transverse et le côlon descendant (ce dernier bourré de matières stercorales) sont douloureux. On détermine à la pression des gargouillements dans

la fosse iliaque droite et on sent rouler sous le doigt un cordon qui paraît être l'appendice.

La pression en arrière sur le bord externe de la masse sacro-lombaire est douloureuse.

La palpation bimanuelle montre que le rein droit, volumineux est abaissé de façon inconstante et très douloureuse quand on veut le faire ballotter.

Le foie paraît normal.

Le toucher vaginal fait sentir une petite masse indistincte dans le cul-de-sac latéral droit.

Examen des autres organes. — Cœur normal, un peu rapide.

Urines normales ; pas de sucre ni d'albumine.

L'examen des poumons montre qu'il existe vraisemblablement une infiltration tuberculeuse discrète des deux sommets. La sonorité est un peu diminuée, et à l'auscultation on trouve une obscurité respiratoire très nette avec inspiration rude et un peu saccadée.

La malade est mise en observation, au régime ordinaire des appendicites chroniques.

La douleur au point de Mac Burney est très nette avec quelquefois des élancements plus vifs. La douleur déjà signalée au niveau de la masse sacro-lombaire devient parfois très vive, persiste deux ou trois jours, puis disparaît pour revenir ensuite. Il existe aussi des douleurs dans le bas-ventre, particulièrement au moment des règles qui ont lieu du 11 au 13 décembre, très peu abondantes.

L'opération est décidée et pratiquée trois jours après la fin des règles.

Opérée le 16 décembre 1903.

Incision habituelle latérale. Ouverture du péritoine. Recher-

che de l'appendice qui est sous iléo-cæcal, très profond. Il est long de 12 centimètres environ, grêle, vermiforme. Son extrémité est un peu dilatée ; il est très vascularisé. Son méso est assez large, gras. Un point sur l'appendice, décortication facile. Ablation au thermo, cautérisation du moignon. Petit surjet sur moignon au catgut fin. Enfouissement par encapuchonnement sous le repli iléo-cæcal. Suture de la paroi en trois plans : le grand oblique est en mauvais état. Crins sur la peau.

A la coupe l'appendice présente une première portion tout contre le cæcum entièrement sain ; la muqueuse à ce nivean est normale. Son tiers moyen par contre est le siège d'énormes placards hémorragiques de coloration rouge brun. A la pointe folliculite hémorragique.

Suites opératoires. — Les fils sont enlevés le dixième jour. Mais il s'est produit un petit hématome de la paroi qui est ouvert le 4 janvier et la guérison opératoire est complète. Les douleurs ont disparu et l'état général s'améliorc progressivement. La malade sort le 29 février 1904.

Résultats éloignés. — La malade a été perdue de vue pendant trois ans, elle revient le 23 juillet 1906 avec une annexité double. Son état général est excellent; elle a notablement engraissé. L'examen des poumons montre une respiration normale ; les signes de bacillose constatés autrefois ont donc disparu.

Observation XVIII

(Walther. *Congrès de Chirurgie*, 1898.)

Louis A... 37 ans, entre le 21 mai 1898 à l'hospice de Bicêtre, salle Nélaton.

Antcédents. — Pendant son service militaire au Tonkin, le

malade a eu successivement: pleurésie, fièvre typhoïde, dysenterie, jaunisse. A son retour en France, accès de fièvre pendant un an.

Histoire de la maladie.— A la fin de 1896 premières douleurs dans le côté droit du ventre. Les douleurs, survenant après les repas, duraient de quelques heures à quelques jours. Anorexie, diarrhée, pas de vomissements. Les crises devenant plus fréquentes et plus douloureuses, le malade a consulté M. Letulle qui a pensé d'abord à de la lithiase biliaire, puis à l'apppendicite.

Examen. — L'exploration révèle une douleur diffuse, mal accusée, occupant toute la moitié droite de l'abdomen, sans qu'il soit possible de la localiser au foie, au rein ou à la région cæcale. Constipation; ballonnement du ventre.

Après quelques jours de repos la douleur à la palpation siège un peu au-dessus du point de Mac Burney. On sent profondément une masse verticale arrondi en boudin.

Examen des poumons. — Quelques frottements en avant et à droite. Au sommet droit expiration prolongée.

Opération le 2 avril 1898. — Incision de Roux. Appendice en position ascendante, légèrement coudé, peu bosselé.

Examen histologique (M. Wemberg). — Appendice long de 6 cm. 1/2, oblitéré sur 3 cm. 1/2 à partir du bout libre. Nombreuses adhérences épiploïques. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une réinfection aiguë d'un appendice chroniquement enflammé et oblitéré au niveau de son extrémité libre.

Le malade sort le 8 mai 1898. Revu depuis trois fois en trois mois, il mange toute espèce d'aliments, digère bien, a recouvré son appétit et son poids. Les lésions pulmonaires sont en bonne voie de guérison.

Observation XIX

(Dodeuil. Thèse 1906.)

Jeanne C..., 24 ans, entre le 6 avril 1905 à la Pitié, salle Gerdy.

Antécédents. — Une sœur tuberculeuse. Réglée à l'âge de 16 ans, très régulièrement jusqu'à 22 ans. A la puberté, adénite cervicale traitée par des fortifiants (viande crue). Depuis deux ans petite toux sèche et rhume chaque hiver.

Examen des poumons. — Sommet droit submat, induré, avec craquements très nets en avant. A gauche respiration très diminuée.

Histoire de la maladie. — Les troubles dyspeptiques ont débuté il y a plusieurs mois et la malade qui s'alimentait capricieusement ressentait des tiraillements d'intestin et une pesanteur douloureuse dans la fosse iliaque droite. Le 29 mars vers le soir, éclate pour la première fois une crise aiguë d'appendicite (vives douleurs à prédominance à droite, vomissements, constipation). Après trois purgations, les douleurs s'atténuent sans disparaître, les vomissements cessent au bout de deux jours. A l'entrée la malade éprouve encore de violentes coliques localisées à droite et présente de nouveaux vomissements.

Examen. — La palpation accuse de l'hypéresthésie disséminée, de la défense musculaire et de la douleur dans la région de l'appendice. Les jours suivants la crise diminue et l'on peut explorer le point de Mac Burney très sensible. L'utérus antéversé est douloureux.

Opération le 31 mai 1905. — Laparatomie médiane. L'ap-

pendice, descendant interne, long de 11 centimètres est dur, épaissi, très vascularisé et présente à son extrêmité des taches noirâtres dues à la folliculité hémorragique vue par transparence. On pratique l'hystéropexie de l'utérus antéversé.

Examen de la pièce. — La muqueuse est relativement de faible épaisseur, l'épithélium est conservé par endroits ainsi que quelques glandes. La plupart des follicules sont ouverts et suppurés dans la cavité.

Toutes les couches sont minces et atrophiées, les fibres musculaires sont particulièrement touchées par l'atrophie et dissociées ; les noyaux se colorent mal. Les coupes pratiquées au niveau d'une ulcération montrent, reposant sur la musculeuse, une couche mince et discontinue de cellules conjonctives jeunes avec tractus conjonctifs et des éosinophiles.

Suites éloignées. — La malade, sortie en bon état le 25 juin 1905 fut revue plusieurs fois : le 10 juillet la pression détermine quelques douleurs au niveau de la région appendiculaire. Les craquements n'existent plus au poumon droit, le sommet gauche respire mal.

Le 23 octobre 1905 la respiration est presque normale encore un peu faible à gauche ; bon appétit et digestions faciles : en avril 1906, la malade a engraissé, la région de l'appendice est indolore, les digestions sont bonnes. Les troubles pulmonaires ont totalement disparu sans traitement spécial.

Observation XX

(Prise dans le service du Dr Walther.)

Appendicite chronique chez une tuberculeuse pulmonaire.

D..., âgée de 29 ans, entre le 11 juin 1912 salle Terrier pour se faire enlever l'appendice.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 61 ans, diabétique et emphysémateux.

Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Elle a eu une pleurésie à 25 ans.

Depuis cette époque la malade s'enrhume facilement, tousse une grande partie de l'hiver. Elle se fatigue très facilement et a constamment des bouffées de chaleur au moindre effort.

Elle s'est fait soigner pour une extinction de voix et pour de la difficulté à respirer par le nez. Mais ce traitement n'améliora pas sa toux, ni son expectoration.

Dans ces dernier temps elle tousse et crache beaucoup, depuis trois semaines elle a la voix voilée. Son médecin la soigne pour une bronchite, pour laquelle il lui a conseillé la suralimentation.

Mais en plus de sa bronchite, elle souffre de constipation, de douleurs intestinales survenant à n'importe quel moment de la journée ; elle prend deux ou trois fois par semaine de l'huile de ricin pour aller à la selle. Après ses repas, elle a des bouffées de chaleur, des malaises pouvant aller jusqu'à la syncope.

M. Siredey consulté envoie la malade à M. Walther, ayant diagnostiqué une appendicite chronique chez une tuberculeuse et pensant que l'extirpation de l'appendice malade permettra à cette personne de suivre un régime approprié à son état pulmonaire.

Cette malade a eu également des pertes blanches, pour lesquelles elle fut soignée ; mais le curretage qu'on lui fit ne diminua en rien ses pertes.

Examen de la malade : l'abdomen présente une sensibilité assez vive dans la fosse iliaque droite à la palpation profonde ; le cæcum est gros et douloureux, l'appendice très douloureux.

Au toucher on note un col assez mou, un utérus en antéflexion ; les annexes sont sensibles, mais il n'y a pas de tumeur.

L'examen des poumons montre très nettement une atteinte assez avancée du sommet gauche, où on perçoit de la submatité, des frottements et des râles très fins dans la zône sus et sous-épineuse. A droite l'expiration est prolongée.

Cette malade tousse beaucoup à son entrée à l'hôpital.

Opération pratiquée le 14 juin 1912. Anesthésie au chloroforme. Désinfection de la peau à la teinture d'iode. Incision de M. Walther. L'appendice est attiré au dehors: on trouve de la périappendicite, et quelques adhérences; il est couvert de petites membranes de péritonite chronique. L'appendice est vascularisé, a de petits vaisseaux dilatés à sa surface. Il a 8 centimètres de long. Il existe également de la péritonite chronique autour du côlon ascendant.

Ablation de l'appendice par ce procédé ordinaire.

Réfection de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires. Ces suites furent des plus simples: Après une légère élévation thermique qui dura trois ou quatre jours, la température revient à la normale et la malade put commencer à s'alimenter.

Actuellement à sa sortie le 2 juillet: la toux a beaucoup diminué, aux dires de la malade, et cependant les signes stethoscopiques ont persisté tels qu'ils étaient. Elle ne souffre plus du ventre et s'alimente bien.

Observation XXI

(Prise dans le service de M. le Dr Walther.)

S... Anna, 17 ans, bijoutière, entre à l'hôpital de la Pitié pour des douleurs abdominales le 18 mai 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 49 ans (cause de la mort inconnue). Mère bien portante. *Trois frères morts de la méningite* vers l'âge de deux ans ; deux sœurs bien portantes.

Personnels. — A l'âge de deux ans, croup et *tubage*. La malade a toujours été un peu malade et toussotante. Les règles ont apparu à l'âge de 15 ans 1/2, mais elles ont toujours été irrégulières, précédées de douleurs ; elles se sont supprimées l'année précédente pendant six mois.

Histoire de la maladie. — Depuis plusieurs années, troubles dyspeptiques se manifestant par des digestions difficiles, des douleurs stomacales après les repas, un appétit capricieux, du dégoût électif pour les aliments gras, de la constipation opiniâtre sans membranes ni glaires dans les selles. Le mois dernier, une période de constipation a duré jusqu'à dix jours.

Depuis environ sept ou huit mois, il existe des douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite ; elles sont constantes mais augmentent par la fatigue et au moment des règles. Il ne s'est jamais produit de grande crise douloureuse avec vomissements.

Depuis un mois, les douleurs sont devenues plus vives et particulièrement violentes depuis quinze jours, obligeant la malade à arrêter son travail. Il n'y a pas eu de vomissements, mais du hoquet et une constipation marquée.

Les douleurs ont un peu diminué depuis deux ou trois jours.

Examen à l'entrée. — Fosse iliaque droite un peu empâtée ; douleur nette au point de Mac Burney. Foie un peu gros.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine et seulement 8 gr. 95 d'urée par litre.

La maigreur, la toux, le faciès attirent l'attention du côté de l'appareil respiratoire. A la percussion, diminution de la sonorité du sommet droit ; à l'auscultation, on trouve du côté droit une inspiration rude et saccadée, une expiration prolongée ; le sommet gauche paraît normal.

La malade est *opérée* le 31 mai.

Anesthésie au chloroforme après scopolamine. Incision latérale ordinaire ; l'appendice est très long (21 cm.) avec un méso falciforme très large ; il est monoliforme, très vascularisé, avec des vaisseaux variqueux à la surface et contient plusieurs calculs stercoraux.

Après ligature et section du méso, on lie et sectionne au thermocautère l'appendice et on enfouit ce moignon suivant la technique ordinaire. Suture en trois plans et crins sur la peau.

Suites opératoires. — Suites immédiates très bonnes, puis la malade est perdue de vue.

Un an et demi après, le 16 décembre 1906, on revoit la malade très améliorée, se plaignant encore un peu de colite, encore un peu pâle ; le sommet droit présente à l'auscultation quelques troubles respiratoires (inspiration sacadée).

Revue de temps en temps, la malade voit son état s'améliorer peu à peu et en juillet 1909, on la trouve en bon état général, ayant engraissé.

Le ventre est souple et non douloureux.

Aux poumons, il y a une amélioration notable : la sonorité est normale des deux côtés. A l'auscultation, rien en avant ; en

arrière au sommet droit la respiration est un peu rude et un peu saccadée.

Observation XXII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Amédée Baumgartner.)

Mlle S... P., âgée de 18 ans lui est adressée par le Dr B..., pour une appendicite refroidie après une crise.

Depuis l'âge de 10 ans, elle est sujette aux nausées et aux vomissements qui s'accrurent lorsque les règles s'établirent : au début de chaque règle, elle avait des vomissements alimentaires vers l'âge de 16 ans, elle souffre du ventre et particulièrement à droite.

En 1908, elle eut une crise aigüe nette d'appendicite, que le Dr B..., traita par le repos et des applications de glace sur le ventre ; cette crise dura quinze jours environ. Peu de temps après, elle voulut sortir, mais fut prise de nouveau de douleurs et de vomissements ; elle garda de nouveau le lit.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, elle ressentit continuellement des « points » dans la fosse iliaque droite; la palpation en est douloureuse et le port du corset n'est plus toléré.

A l'âge de 11 ans, elle a eu un point pleurétique à droite qui a nécessité le repos pendant un mois ; depuis cette époque, elle a fréquemment des bronchites l'hiver. Depuis deux à trois ans, elle tousse continuellement sans d'ailleurs expectorer. L'an dernier, elle a beaucoup maigri, le Dr B... lui fit des injections de cacodylate de soude. L'huile de foie de morue est très mal tolérée, la malade mange peu et sans appétit. Cependant le repos relatif auquel elle avait été condamnée avait amené une amélio-

ration de l'état général, mais depuis la crise d'appendicite, l'amaigrissement a recommencé.

C'est dans ces conditions que Mlle P... fut adressée au Dr Baumgartner au mois de décembre 1911. A l'examen du ventre, on constate que celui-ci est souple dans toute son étendue, sauf au niveau de la fosse iliaque droite. Le côlon iliaque est un peu douloureux, il y a une douleur plus accentuée à l'angle hépatique du côlon ; la peau porte à ce niveau des traces de pointes de feu qui avaient été faites pour une « congestion du foie ». En palpant profondément la région hépatique, la malade accuse des douleurs qui s'irradient dans la fosse iliaque droite. La palpation de la fosse iliaque droite est très douloureuse ; la défense musculaire s'y réveille nettement, le maximum de la douleur siège sur le bord externe du grand droit à quatre travers de doigts sous l'ombilic.

A l'auscultation, à gauche, on ne note rien ; au sommet droit submatité en arrière, respiration dure et prolongée, quelques râles fins lorsqu'on fait tousser la malade, mêmes constatations, mais moins marquées en avant.

Le Dr Baumgartner conseille l'appendicectomie en raison de la difficulté de pratiquer la cure d'alimentation nécessaire à l'intérêt général de la malade.

Opération faite le 13 décembre 1911. Anesthésie au chloroforme. Incision de Walther longue de 2 cm. 5. Le cæcum est libre, normal, sans trace de lésion. L'appendice est attiré dans la plaie à 15 centimètres de long. Sain dans son tiers supérieur, il est gros, congestionné, vascularisé et turgescent dans ses deux tiers inférieurs. Ligature du méso, section de l'appendice à sa base au thermo, après ligature, enfouissement du moignon en

bourse dans la paroi cæcale. Suture en trois plans au catgut pour les plans profonds avec deux crins pour la peau.

L'appendice contenait une bouillie fétide, un gros calcul fécal. La muqueuse présente des lésions très nettes de folliculité hémorragique dans le tiers moyen de l'organe. (L'appendice avait été mis de côté pour l'examen histologique, malheureusement, il fut égaré. Macroscopiquement, l'appendice pas plus que le cæcum ne portait des traces d'une atteinte tuberculeuse quelconque.)

La guérison s'est faite *per primam*. Il faut noter cependant un épanchement gazeux dans la grande lèvre droite et un emphysème sous-cutané post-opératoire. Cet emphysème s'étendit jusqu'à la paroi thoracique et dans l'aisselle droite, il s'arrêta exactement sur la ligne médiane ; en bas, il descendit jusqu'à la racine de la cuisse. Aucune douleur spéciale. L'emphysème fut remarqué le cinquième jour après l'opération et a persisté en allant en diminuant jusqu'au vingt-cinquième jour.

A la suite de l'intervention, les accès de toux sèche et quinteuse ont diminué, les vomissements alimentaires ont cessé, la douleur de la fosse iliaque a disparu, le corset est de nouveau toléré, mais l'appétit n'est pas encore revenu et l'état général reste précaire.

Au mois de février 1912, bon état général, la malade a un peu engraissé, pas de douleurs, pas de vomissements état pulmonaire stationnaire.

Au mois de mars 1912, la malade part pour Leysin.

Au mois de juin 1912, les nouvelles de la malade sont bonnes, « les signes pulmonaires, écrit le Dr B..., sont actuellement « très atténués, l'état général s'améliore régulièrement, mais il « persiste des douleurs et une induration de la région cæcale. « Va-t-elle faire une localisation bacillaire ? La chose n'est pas

« démontrée, mais elle me paraît vraisemblable, l'évolution des « lésions me paraît, en tout cas, surtout fibreuse ; j'ai mis en « œuvre la cure solaire locale qui donne dans des cas pareils des « guérisons

Observation XXIII

(Prise dans le service du Dr Walther)

Mme W... Jeanne, 26 ans, femme de chambre, entre le 10 mai 1904 à la Pitié, salle Gerdy, nº 2.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pleurésie.

Antécédents personnels. — La tuberculose de cette malade semble remonter à février 1900. A cette époque, elle a commencé à tousser et à présenter de petites hémoptysies qui se renouvellent à plusieurs reprises pendant tout ce mois.

En même temps se montraient des troubles généraux parmi lesquels un amaigrissement très marqué.

Elle fait un séjour prolongé à la campagne dans sa famille qui ne la remet qu'incomplètement.

En mai 1903, nouvelle hémoptysie, reprise de l'amaigrissement. Nouveau séjour à la campagne d'où elle revient cette fois très améliorée.

Auscultation des poumons. — A son entrée décèle une tuberculose évidente du sommet droit, caractérisée par de la submatité dans les fosses sous-claviculaire et sus-épineuse, de la rudesse respiratoire et des craquements.

Histoire de la maladie. — Au mois d'avril 1903, la malade fut prise de douleurs dans la fosse iliaque droite et le bas-ventre du même côté irradiant vers la région hépatique et le creux

épigastrique et s'accompagnant de nausées, sans vomissements ni fièvre.

Ces douleurs d'intensité modérée persistèrent pendant deux mois, obligeant la malade à cesser son travail sans l'astreindre à garder le lit.

Dans la suite, ayant recommencé à travailler, les douleurs reparurent à intervalles très irréguliers, toujours sans fièvre ni vomissement.

Finalement, elles devinrent de plus en plus fréquentes, presque journalières sans augmenter cependant d'intensité.

A partir de janvier 1904, elles s'accompagnèrent de troubles digestifs, digestions lentes et pénibles, sensation de barre après les repas.

Examen. — La palpation réveille de la douleur dans la fosse iliaque droite au niveau du point de Mac Burney, on sent l'appendice sous la forme d'un cylindre transversal roulant sous le doigt et douloureux.

Le toucher vaginal révèle une annexite gauche assez volumineuse.

Opération le 19 octobre 1904. — Laparotomie médiane sous ombilicale.

Recherche immédiate de l'appendice.

Appendice sous-iléo-cæcal court (6 cent.) encore vascularisé recouvert de fausses membranes récentes de péritonite.

Décortication facile. Ligature du méso et de l'appendice par un point de catgut. Section au thermo, enfouissement sous le repli iléo-cæcal.

On termine l'opération par l'ablation des annexes gauches.

Examen de l'appendice. — Ouverture de l'appendice dont la

lumière est très rétrécie. Les parois sont très épaisses et fibreuses.

Suites opératoires. — Parfaites.

La malade sort le 9 novembre complètement guérie de l'intervention.

Résultats éloignés. — La malade est revenue le 19 décembre 1904.

Les troubles digestifs ont complètement disparu.

L'état général est très amélioré.

Le 9 janvier, l'aspect est florissant. La malade qui à sa sortie de l'hôpital pesait 40 kilos pèse à cette date 61 kilos.

Au point de vue pulmonaire la toux persiste, l'expectoration a diminué.

Observation XXIV

(Siredey. *Soc. médicale des Hôpitaux*, 15 février 1912.)

Une jeune fille de 15 ans, appartenant à une famille dont plusieurs membres sont nettement tuberculeux (son père a depuis longtemps une caverne, en partie cicatrisée, sous la clavicule gauche) avait présenté, à diverses reprises, des bronchites limitées au sommet. Elle conserve en permanence des frottements pleuraux et de petits râles à la fin de l'inspiration avec expiration soufflante et très prolongée. Je constatai chez elle l'hiver dernier une *appendicite chronique* avec phénomènes de dyspepsie assez accentués; après quelques semaines d'un traitement hygiénique sévère, ne remarquant pas d'amélioration, je conseillai l'ablation de l'appendice.

L'opération fut pratiquée en province, à la suite d'une cure d'air à la Bourboule. Les choses se passèrent très simplement,

sans la moindre complication. L'appendice présentait de grosses lésions de folliculité avec des érosions n'ayant aucun caractère tuberculeux. La guérison fut rapide, et cette jeune fille n'a jamais été mieux que depuis qu'elle est débarrassée de son appendice. Elle s'alimente bien, a repris des forces et de l'embonpoint. L'état de ses poumons n'a pas cessé de s'améliorer.

Observation XXV

(Galliard. *Soc. méd. des hôp.*, 1904.)

Fièvre hectique jugulée chez une tuberculeuse par l'ablation de l'appendice.

Elisa W... 25 ans, infirmière, est admise le 14 août 1903 à l'hôpital Lariboisière, salle Aran, n° 15.

Son passé pathologique est très chargé. Dans l'enfance, scarlatine, coqueluche ; à dix ans, pneumonie ; à dix-neuf ans, péritonite durant six semaines ; à vingt-quatre ans, pleurésie gauche.

En mai 1903, gastralgie, vomissements alimentaires, hématémèses.

En juillet, mélœna : puis point de côté à gauche et sueurs profuses.

Au moment de son admission dans mon service, elle a une diarrhée abondante, température 37°2 et 37°8. Notre collègue Bezançon, qui nous remplaça ne constate d'abord que de la dyspepsie avec une douleur à la pression de la région xyphoïdienne. Puis il est amené à rechercher dans le thorax la cause de la fièvre, qui se manifeste tous les soirs (39° à partir du 27 août ; 39°6 le 4 septembre).

Il trouve au sommet droit des signes de tuberculose subma-

tisé, respiration soufflante, expiration prolongée. Malgré les médicaments prescrits, la température vespérale s'élève à 40°, à partir du 17 septembre.

La numération des globules du sang donne: 10.500 globules blancs avec polynucléose.

Le 21 septembre, reprenant la direction du service, j'examine la malade. Diagnostic : Tuberculose du sommet droit (second degré), tuberculose intestinale probable.

Le 5 octobre, la malade accuse une très vive douleur au point de Mac-Burney ; palpation douloureuse, pas de tuméfaction. Au bout de quelques jours cette tuméfaction s'apaise, tandis que la fièvre persiste sans atténuation (40°6, le soir du 10 octobre).

Alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de vomissements.

Vers la fin d'octobre, nous sacrifions un cobaye qui a reçu dans le péritoine le 14 septembre 1 centimètre cube du sang, de la malade ; ce cobaye ne porte aucune lésion tuberculeuse du péritoine.

Le 1er novembre, 38° et 40°2. On note ensuite pendant trois semaines des oscillations analogues.

Les douleurs appendiculaires nécessitent l'application, presque ininterrompue du sac de glace. Pas d'empâtement de la région de l'appendice. Pas de réaction péritonéale cliniquement appréciable. Les organes génitaux sont indemnes.

Aucun stigmate d'hystérie.

Il faut admettre une appendicite. Mais comme elle coïncide d'après moi avec des lésions probablement assez étendues de tuberculose intestinale, je ne puis me résoudre à proposer l'opération.

Pendant le mois de décembre, répétition des crises diarrhéi-

ques toujours sans vomissements ; même fièvre : d'abord 39°, puis 40° tous les soirs avec d'importantes rémissions matinales.

Pas de dénutrition marquée. Pas d'aggravation pulmonaire.

Je me décide le 2 janvier 1904 à faire passer la malade dans le service de M. Michaux, qui après des examens réitérés, l'opère le 11 janvier.

Intégrité absolue du péritoine. L'intestin n'offre aucune lésion appréciable. Quant à l'appendice qu'on enlève, il est parfaitement libre et en position normale.

Or le soir au lieu de s'élever à 39°6 comme la veille, la température se maintient à 36°8. Le lendemain 36°8 et 37°. Donc la fièvre n'existe plus. Une seule fois, pendant la nuit, on note 39°, mais ensuite l'apyrexie persiste. Jusqu'à la fin du mois la température se maintient à 37° et au-dessous.

D'ailleurs le rétablissement s'accomplit avec rapidité. La diarrhée qui s'était manifestée pendant quelques jours après l'opération disparaît. L'appétit est satisfaisant. Le 9 février la malade a regagné son poids de 48 kilogrammes précédemment noté.

Je l'ausculte à ce moment, elle présente toujours du souffle et des craquements humides au sommet droit ; mais elle n'a ni toux, ni expectoration.

Le 19 février 1904, elle part en convalescence.

Examen histologique de l'appendice. — Longueur 9 centimètres, consistance un peu supérieure à la normale. Par une section transversale, on constate à l'œil nu que la cavité n'existe plus ; elle paraît oblitérée par l'hypertrophie de la muqueuse.

Les coupes montrent, au microscope, que la séreuse péritonéale est indemne. En un point de la périphérie, existent quelques travées de tissu fasciculé qui répondent probablement à

l'insertion du méso-appendice et contiennent des leucocytes disséminés.

La couche musculaire interne paraît augmentée d'épaisseur.

La sous-muqueuse est très hypertrophiée, très dense, constituée surtout par des faisceaux fibreux ; elle envoie dans la muqueuse des prolongements irréguliers.

La muqueuse forme un énorme bourrelet, d'épaisseur variable, contenant des follicules clos hypertrophiés et de volumineuses glandes. Mais ce qui frappe surtout c'est de la voir envahie complètement par les leucocytes qui se disposent en amas et en nappes assez considérables pour masquer partout son stroma, de telle manière qu'on croirait avoir sous les yeux la pulpe splénique.

Pas d'abcès, pas d'ulcération de la muqueuse.

Rien ne permet de découvrir une lésion tuberculeuse.

En résumé : appendicite chronique manifeste, mais plus histologique que clinique.

Observation XXVI

Mériel à la Société médicale de Toulouse, le 1er juillet 1911, rapporte l'histoire de deux malades chez lesquels des antécédents tuberculeux faisaient craindre, en présence d'accidents appendiculaires, une tuberculose iléo-cæcale, chez l'un d'eux notamment qui était porteur d'un gros plastron. Dans ces deux cas l'intervention montra des lésions d'appendicite chronique sans lésions tuberculeuses. Les résultats furent très satisfaisants.

Dans un autre cas, il y avait tuberculose de l'appendice avec tuberculose pulmonaire. Il fit l'appendicectomie. L'opération améliora l'état général et cette malade put reprendre en partie son service.

Observation XXVII

Bialokur dans un travail qu'il fit paraître dans la *Gazeta Lekarska* de décembre 1911, rapporte 6 observations d'appendicite chez des tuberculeux, chez qui il pratiqua l'ablation de l'appendice. Après cette opération, il a vu survenir une amélioration souvent remarquable des lésions pulmonaires et toujours une disparition des phénomènes gastro-intestinaux même chez des tuberculeux avancés et dans un état général grave.

Observation XXVIII

(Prise dans le service du Dr Walther.)

P... M..., entre le 30 octobre 1905, salle Lisfranc, pour appendicite.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans.

Varicèle à 9 ans.

A 11 ans 1/2 bronchite qui dura deux mois.

A 13 ans elle était très anémique.

Réglée à 14 ans 1/2.

A 15 ans, séjour de un mois à l'hôpital Cochin où elle fut soignée pour chlorose.

A 16 ans elle commença une tumeur blanche du genou droit. Soignée d'abord à Cochin elle entre ensuite dans le service de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu où elle fut traitée au chlorure de zinc. La guérison demande un an et demi.

Peu de temps après son arthrite se produit une ulcération inguino-crurale pour laquelle elle fut soignée par M. Lejars à la Pitié et plus tard par M. Delbet à l'hôpital Laennec.

En 1896, nouvelle tumeur blanche du genou gauche, elle entre dans le service de M. Tillaux à la Charité ou M. Walther la traite à la méthode sclérogéne pendant deux mois.

En 1898, rechûte qui nécessite 6 mois de traitement au chlorure de zinc. Soignée alors à Bicètre dans le service de M. Walther.

En 1899 adénite axillaire tuberculeuse pour laquelle elle est restée 3 mois dans le service de M. Potherat.

Histoire de la maladie. — En 1906 première crise d'appendicite. Elle avait été prise brusquement après le repas d'une douleur brusque accompagnée de vomissements et de diarrhée. Elle est restée 3 semaines au repos et au régime, puis a repris ses occupations. Mais elle a dû conserver le régime pendant un an, car dès qu'elle s'en écartait elle ressentait des sensations des tiraillements dans la région cœco-appendiculaire.

De plus c'est une malade qui présente des troubles digestifs, sensation de pesanteur à l'épigastre, avec régurgitations acides.

Certains jours et en particulier lorsque la malade mange des œufs, douleurs plus violentes partant de la région ombilicale et s'irradiant vers la région épigastrique. Fréquemment les douleurs s'accompagnent d'une ou deux vomissements alimentaires.

En 1907 sciatique double s'accompagnant de douleurs dans la région sacrée. Cette sciatique s'est passée au bout de trois semaines de repos et avec des bains sulfureux. Cet hiver, la malade a eu une bronchite des sommets avec pleurésie sèche. Au mois d'août, elle a fait de la suralimentation. Ce régime provoqua le mois dernier une nouvelle poussée d'appendicite

caractérisée par des douleurs généralisées, un état nauséeux et une constipation opiniâtre. Elle est restée deux jours au lit et à la diète. Au bout de quarante huit heures, les symptômes ont regressé.

La malade vient alors à la consultation. A l'examen, on trouve : un appendice très douloureux ; une endométrite (col œdématié, utérus un peu gros en antéflexion douloureuse), sensibilité des annexes droites.

Elle entre à l'hôpital le 30 novembre. A la palpation, le côlon attendant et le côlon transverse ne sont pas douloureux. L'angle colique droit est sensible. L'angle iléo-cæcal est très douloureux, et dès qu'on palpe la région on provoque une défense musculaire intense. Il existe également un point douloureux au niveau de la ligne médiane à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic.

La langue est blanche et sale.

Le malade est apyrétique.

Au toucher, on constate toujours un peu de sensibilité des annexes droites.

État général : malade assez bien réglée, mais pertes blanches assez abondantes.

La respiration est rude aux deux sommets, et on constate quelques frottements pleuraux disséminés dans toute l'étendue des poumons.

Le malade a encore un peu de laryngite, et tousse légèrement.

Urines : claires et abondantes.

Ni albumine, ni sucre.

Opération le 15 décembre :

Incision de Walther.

Epiploon à peine granité, rose. Pas d'épiploïte ni d'adhérences. On enlève un triangle épiloïque à droite par sept pédicules.

L'appendice est sous-cæcal et sous-colique ascendant postérieur, irrégulier, moniliforme, vascularisé, couvert de membranes de péritonite chronique ; ne se décortique pas.

Catgut sur méso et sur appendice. Section thermo. Enfouissement du moignon sous le repli iléo-cæcal.

Suture de la paroi.

Suites opératoires excellentes. La malade quitte le service le 29 décembre 1905.

Depuis cette époque, la malade a été revue plusieurs fois, et son état général s'est très notablement amélioré : lésions pulmonaires moins prononcées.

Le 18 janvier 1912, la malade rentre de nouveau dans le service, pour une salpingite dont elle a été opérée le 9 février 1912. Bonne suites opératoires.

Revue le 1er juillet 1902, la malade accuse une augmentation de poids de 12 livres, depuis cette dernière intervention.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite aiguë ou chronique peut se rencontrer chez les tuberculeux pulmonaires ; elle peut-être tuberculeuse ou non.

2° Le diagnostic souvent difficile est très important, car on ne doit pas opérer inutilement un tuberculeux, à cause de la généralisation bacillaire possible après une intervention chirurgical ; d'autre part une appendicite méconnue chez un tuberculeux aggrave l'état général et entrave par les troubles digestifs, dont elle est cause, l'action de la thérapeutique antituberculeuse.

3° Un des diagnostics les plus délicats est à faire avec l'appendicite chronique à forme pseudo-tuberculeuse de M. Faisans. Mais au point de vue chirurgical ce diagnostic n'a qu'un intérêt relatif, car le traitement est le même dans les deux cas.

Quant à la nature, tuberculeuse ou non, de l'appendicite, elle ne peut, le plus souvent, être reconnue qu'à l'examen direct de l'appendice.

4° Sans traitement chirurgical, l'appendicite chez les tuberculeux entraîne un pronostic fâcheux, car ces malades ne peuvent suivre le régime alimentaire, qui

serait nécessaire au traitement de leur affection pulmonaire et d'autre part l'intoxication tuberculeuse double la sévérité du pronostic.

5° Le traitement de l'appendicite chez les tuberculeux est avant tout chirurgical sauf chez les cachectiques, où toute opération non absolument indispensable est à rejeter.

6° Les indications de l'anesthésie dépendront de l'état du poumon, du cœur et de l'état général. D'ordinaire l'anesthésie au chloroforme est possible. Dans certains cas seulement de lésions pulmonaires avancées, de cachexie trop grande ou d'affection cardiaque, on aura recours à l'anesthésie locale.

7° Les résultats immédiats de l'intervention sont une amélioration de l'état général et surtout la possibilité d'une lutte meilleure contre la tuberculose. Les complications post-opératoires sont exceptionnelles et dépendent de l'état des lésions pulmonaires, du terrain sur lequel elles évoluent et de la nature tuberculeuse de l'appendicite.

Mais un des principaux bienfaits immédiats de l'appendicectomie est la diminution et même la disparition de la toux, dont l'origine, comme le dit M. Walther, doit être dans l'irritation nerveuse produite par les lésions appendiculaires.

8° Quant aux résultats éloignés de l'appendicectomie chez les tuberculeux, ils sont très favorables : les malades n'ont plus de douleurs abdominales, ils augmentent de poids, reprennent des forces, les lésions pulmonaires restent stationnaires ou le plus souvent rétrocèdent,

grâce à la thérapeutique qu'on peut leur faire suivre après l'intervention : ils rentrent en somme dans le cadre des tuberculeux ordinaires et leur guérison dépend en partie des soins qu'on leur donne.

Vu : le Président de la thèse
DELBET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1° Des formes pseudo-tuberculeuses.

Brunon. — Appendicite chronique ou tuberculose. *Bulletin médical*, 10 nov. 1911.

Bégouin. — *Congrès de chirurgie*, 1911.

Claisse. — Appendicite simulant la tuberculose. *Soc. méd. des Hôp.* 3 février, 1911.

Comby. — *Soc. méd. des Hôp.* 31 mars 1911.

Delagénière. — *Congrès de chirurgie*, 1911.

Faisans. — De l'appendicite chronique simulant la tuberculose. *Soc. méd des Hôp*, 27 janvier 1911.

Liégault. — *Thèse de Paris*, 1912.

Massary (De). — *Soc. méd. des Hôp.*, 31 mars 1911, 9 février 1912. *Monde médical*, 25 juin 1912.

Poncet. — *Soc. méd. des Hôp.* 31 mars 1911.

Richelot. — *Congrès de Chirurgie*, 1911.

Sergent. — Appendicite chronique et tuberculose. Les entérocolites prétuberculeuses. *Société med. des hop., 3 février 1911.*

Siredey. — *Soc. med. des Hop., 31 mars 1911, 9 février 1912.*

Silhol. — *Congrès de chirurgie, 1911.*

Viguier. — *Soc. de med. militaire, 11 juin 1911.*

Walther. — App. chronique à manifestations thoraciques. *Soc. med. des Hop., 31 mars 1911, Congrès de chirurgie, 1911, Soc. med. des Hop., 9 février 1912.*

2° Des appendicites tuberculeuses chez des tuberculeux

Algave. — Tuberculose iléo-cæcale et appendiculaire. *Revue de gynécologie, 1910.*

Bouglé. — Appendicite tuberculeuse. *Archives générales de med., 1903 p. 263.*

Herisson. — Appendicite tuberculeuse. *Gaz. des Hopit., 1906.*

Jalaguier. — Appendicite. *Traité de Chir. Duplay.* Reclus.

Josselin de Jong. — Appendicite tuberculeuse. *Revue internat. de la tuber.* dec. 1902.

Letulle. — Appendicite et tuberculose de l'appendice. *Revue de la tuber.* 1905. *Société de Biologie* 19 mai 1906.

Lejars. — Diagnostic clinique de l'appendicite tuberculeuse. *Semaine médicale,* 9 nov. 1910.

Le Bras. — Tuberculose appendiculaire. *Thèse* 1910.

Le Sueur. — *Thèse Paris* 1903.

Muller. — Tuberculoses of the appendice *University of Pennsylvania médical, Bulletin avril* 1909.

Petit. — Appendicite tuberculose. *Tribune médicale* 1904. p. 5.

Richet fils (Ch.). — *Thèse* 1912.

Romme. — Appendicite tuberculeuse. *Presse médicale,* 1908.

Sainte-Marie Dodeuil. — Tuberculose et appendicite. *Thèse de Paris* 1906.

Silhol. — *Congrès de Chirurgie,* 1911.

Séguinaud. — Appendicite tuberculeuse aiguë. *Soc. Anat. Clinique de Bordeaux,* 6 nov. 1911.

3° Des appendicites simples chez les tuberculeux.

Bialokur. — Extirpation en temps opportun de l'appendice malade comme facteur de guérison dans la tuberculose pulmonaire. *Gazeta Lekarska,* 14 octobre 1911.

Cathelin. — Appendicite aiguë chez les tuberculeux. *Presse médicale,* 1899.

Hourcade. — *Thèse de Toulouse*, 1912.

Massary (De). — *Soc. méd. des Hôp.*, 9 fév. 1912.

Mériel. — Appendicite chronique et tuberculose. *Arch. med. de Toulouse*, 1er nov. 1911.

Sainte-Marie-Dodeuil. — *Thèse*, 1906.

Rocher. — Appendicite à forme asthmatique. *Thèse de Paris*, 1912.

Siredey. — *Soc. méd. des Hôp.*, 9 fév. 1912.

Sergent. — *Soc. méd. des Hôp.*, 9 fév. 1912.

Walther. — *Soc. méd. des Hôp*, 9 fév. 1912.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN